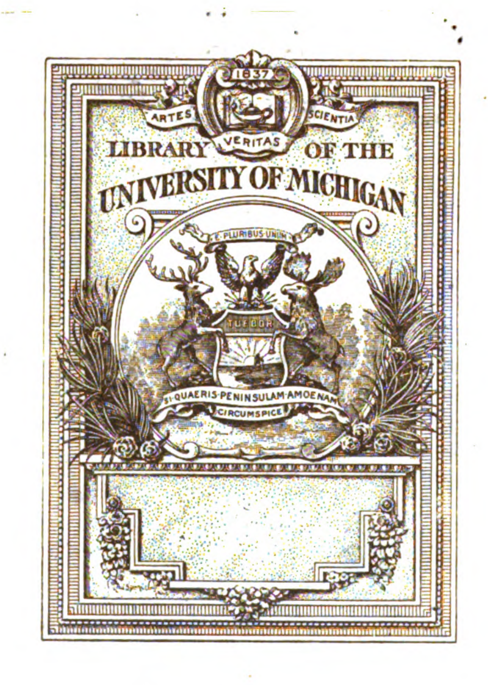





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE


Digitized by Google



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Direktor Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir., Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser**, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dir. Dr. **Morel**, Gand (Belgien), Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

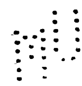
redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Sechzehnter Jahrgang 1914/15.



Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.



Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

291008









Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)



Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 1. 4. April **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der Paralysis progressiva.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Direktor Dr. **Otto Haßmann,** Feldhof bei Graz.

Die bisher von der Psychopathologie erworbenen Kenntnisse der Verlaufsformen der progressiven Paralyse sind derart umfangreich und in einer ungeheuren kasuistischen und weitverstreuten Literatur niedergelegt, daß es ganz unmöglich ist, diesen großen Reichtum in kurzer Zeit zur Anschauung zu bringen und ein getreuliches Bild der uns hier interessierenden Frage zu geben. Ich möchte deshalb nur erwähnen, daß den Autoren schon vor vielen Jahren die Tatsache von gewissen symptomatologischen Veränderungen in den ursprünglichen Bildern nicht entgangen ist, daß vor 15 Jahren Mendel und dann eine ganze Reihe von Forschern das Zurücktreten der typischen klassischen Verlaufsformen gegenüber der dementen und das verhältnismäßig häufige Auftreten von Remissionen mit Neigung zu längerer Dauer beobachteten, daß Pilcz 1908 darauf hinwies, daß die megalomanische, galoppierende, agitierte Paralyse abnehme, dagegen depressive hypochondrische Zustandsbilder, katatone Symptome, paranoische Züge, delirante und halluzinatorische Zustände in Zunahme begriffen seien. Er machte besonders aufmerksam auf die größere Häufigkeit paralytischer epileptiformer Anfälle bei seinen Kranken in den letzten Jahren, daß sich gerade die einfach verblödenden Formen durch besondere Häufigkeit der Anfälle auszeichnen. Zuletzt hat Näcke eine nicht unwesentliche Verschiebung und Veränderung der Symptomatik der progressiven Paralyse konstatiert und nichts weniger als abnorm seltene atypische Verlaufsweisen des Leidens und mannigfaltige symptomatologische Einzelheiten beschrieben, welche im Bilde des Krankheitsprozesses ungewöhnlich sind.

Durch diese Beobachtungstatsachen werden wir zur Erkenntnis veranlaßt, daß sich die progressive Paralyse heute ganz anders spiegelt als vor Jahrzehnten, daß also zeitliche Schwankungen des Verlaufes und der klinischen Bilder vorkommen. Wir müssen nunmehr in der Paralyse einen Krankheitsprozeß des zentralen Nervensystems sehen, bei dem jedesmal psychische Störungen als Symptome auftreten. Als Folgen des paralytischen Gehirnprozesses können alle nur möglichen psychopathologischen Vorgänge vorkommen. Sie sind für diesen Prozeß nicht spezifisch, weder in den einzelnen psychischen Elementarstörungen noch in der Reihenfolge der psychischen Erscheinungen im Verlaufe, wenngleich die Häufigkeit, mit der gewisse Veränderungen vorkommen, für die Paralyse charakteristisch ist. So tritt im Verlaufe immer eine sehr hochgradige allgemeine Verblödung auf, die progressive organische Demenz. Mit diesem charakteristischen gemeinsamen Zug treten alle uns bekannten psychisch abnormen Vorgänge gelegentlich auf, nur daß die grobe Zerstörung der Psyche anfangs nicht so sehr in den Vordergrund tritt. Daß sich diese ungeheure Mannigfaltigkeit von Variationen gerade im Anfange des Prozesses geltend macht, während das Ende durch die allgemeine Zerstörung des seelischen Lebens immer gleichförmiger



sich gestaltet, ist selbstverständlich und muß nicht weiter ausgeführt werden.

Nun auf dem Wege des reinen Beschreibens und Betrachtens der einzelnen Phänomene begegnen wird alsbald der Frage: woher kommt diese Erscheinung, mit welcher andern Erscheinung steht sie im Zusammenhang? Um da vorwärts zu kommen, muß man den wirklichen Beobachtungstatsachen einen theoretischen für die Zwecke des Erklärens erdachten Unterbau zugrunde legen.

Der ganze Verlauf, sei er noch so mannigfaltig, hat seine einzige Ursache im Gehirnprozeß, ist gänzlich und allein abhängig von den höchst komplizierten biologischen Vorgängen im Gehirne. Er spielt sich in der Wechselwirkung einer inneren Veranlagung mit äußeren Einwirkungen ab. Aus dem in Zahl, Dauer und Intensität variabeln Zusammenwirken dieser Faktoren wird sich die Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder und der Verlaufsformen erklären lassen. Die spezielle Symptomatik des einzelnen Falles wird also im wesentlichen davon abhängig sein, in welcher Weise die genannten Faktoren sich kombinieren, und das Bild wird im allgemeinen um so reiner und typischer sich gestalten, je wirksamer die eigentliche Krankheitsursache ist.

Die besondere Wichtigkeit des endogenen Faktors ist heute allgemein anerkannt, und die Lehre Näckes von der Mitbedingtheit der Paralyse durch eine angeborene und weiter durch eine spezifische Veranlagung des Gehirnes zu dieser Erkrankung zieht immer weitere Kreise. Die Anlage ist von ganz besonderer Bedeutung, sie bildet die Vorbedingung dafür, daß überhaupt die Krankheitsursachen ihre Wirkung entfalten können, und darf bei der Untersuchung der Wirkungen äußerer Ursachen niemals vergessen werden.

Unter den exogenen Faktoren spielt eine wesentliche Rolle die Syphilis. Sie wirkt in dem Sinne, daß sie das mehr oder weniger disponierte Gehirn in seiner Widerstandsfähigkeit noch mehr schwächt, so daß die später zur Geltung kommenden schädigenden Faktoren es im paralytischen Sinne beeinflussen können. Sie wird heute angesehen als ein absolut notwendiges Zwischenglied zwischen der spezifischen paralytischen Veranlagung und den Endursachen verschiedener Art, ist somit ein nur mittelbar die Paralyse erzeugender Faktor. Dadurch, daß die Virulenz des luetischen Virus eine Änderung aufweist, dürfte auch eine geänderte Reaktionsfähigkeit des Gehirns und damit auch eine Wandlung im klinischen Bilde eintreten können. Es ist ja besonders auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten längst bekannt, daß die Verlaufsformen derselben sich allmählich ändern, mildern, und da ist es wohl wahrscheinlich, daß für diese Variation eine allmählich erworbene Gewöhnung des Körpers an das Gift verantwortlich zu machen ist. Speziell bei der Paralyse ist auch die Annahme Hoches sehr glaubhaft, daß das luetische Virus selbst eine Schwächung erfahren hat, was ja aus dem milden Verlaufe der Infektion, aus der geringeren Schwere der luetischen Folgeerscheinungen überhaupt gegen früher, aus dem längeren Intervalle zwischen Infektion und Krankheitsausbruche zu schließen ist. Der Wert der Behandlung für die Abnahme der schweren Formen, auf den Hoche weiter rekurriert, liegt vielleicht zum mindesten ebenso an der frühzeitigen und ausreichenden Behandlung der Lues wie an der schon ausgebrochenen Paralyse selbst. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß im Anschlusse an die jetzt geübte Salvarsan-Behandlung auch die klinischen Formen der Paralyse eine weitere Änderung erfahren werden.

Eine den letzten Anstoß zur paralytischen Erkrankung gebende Bedeutung besitzen Momente, die man als den sozialen Faktor bezeichnet. Das ganze aufreibende, rastlose, unhygienische Leben des modernen Menschen, die große Zunahme der Ansprüche, die an die Leistungsfähigkeit und Ausdauer gestellt werden, das Streben nach Genüssen, die wieder starke Reize mit schädigender seelischer Nachwirkung bringen, die resultierende chronische Ermüdung, die vorzeitige Abnützung des menschlichen Organismus in Form gleichzeitiger Erkrankungen verschiedener Körperorgane, insbesondere der Arteriosklerose, die Alkoholseuche, Traumen mannigfacher Art, geben eine gewaltige Noxe ab. Sie lassen die durch die Syphilis verstärkte Veranlagung manifest werden und bringen die Paralyse vielleicht zu anderer und neuer Entfaltung, und zwar sehr wahrscheinlich auf dem Wege einer weiteren toxischen Schädigung endo- oder exogener Art.

Aber auch die organische Läsion, welche durch das Zusammenwirken der geschilderten Faktoren zusammenkommt, läßt Ausnahmen von dem typischen ursprünglichen anatomischen Befunde konstatieren. So konnte Näcke im Laufe der Zeit Veränderungen des paralytischen Befundes bei der Sektion feststellen im besonderen nach der Richtung, daß die chronische hämorrhagische Pachymeningitis, weiter die Atrophie des Markes, oft auch die der Rinde jetzt seltener gefunden wird. Damit soll nicht gesagt sein, daß diese Tatsache der Änderung des anatomischen Prozesses auch eine Veränderung des klinischen Charakters der Paralyse verursache. Die Vorstellung, daß die Verschie-

denheit des Verlaufes durch verschiedene Ausbreitung der anatomischen Veränderung im Gehirne bedingt sein könne, ist reine Konstruktion und könnte in keiner Weise näher begründet werden. Beide Tatsachen laufen einfach parallel nebeneinander.

Aus den bisherigen allgemeinen Ausführungen läßt sich wohl ein Verständnis für die vielgestaltige Bildung der klinischen Verlaufsformen paralytischer Geistesstörungen gewinnen. Um nun zu unserem engeren Thema zu gelangen, will ich nochmals zunächst betonen, daß darüber kein Zweifel besteht, daß sich in den letzten Jahren Veränderungen der klinischen Erscheinungsformen vorfinden, die weder einheitlichen Charakter noch einheitliche Begründung zeigen. Diese Schwankungen im Verlaufe und in der Symptomatik der Paralyse sind auch an dem Materiale unserer Anstalt zur Beobachtung gelangt. Im besondern können die Ergebnisse der Pilczschen Untersuchungen auf Grund statistischer Zusammenstellungen nur bestätigt werden. Durch einen Fall besonders angeregt, untersuchte ich die in den Jahren 1906 bis 1911 zur Aufnahme gelangten männlichen Paralytiker auf das Vorkommen gleichwertiger Merkmale und fand, daß hauptsächlich in den letzten drei Jahren unter 244 Paralytikern 18mal, also in 7,4% der Fälle die Beobachtung des Gesamtbildes und des Verlaufes gleiche charakteristische Züge ergab. Um die Wirkung einer leitenden Vorstellung so gut als möglich auszuschalten, wie sie etwa das subjektive Ermessen des Einzelnen gibt, bat ich Professor Zingerle die Fälle zu überprüfen. Er beurteilte die Fälle in gleicher Weise und veröffentlichte mit mir im neurologischen Zentralblatte eine diesbezügliche Mitteilung. Vor der Schilderung des gemeinsamen Charakteristikums unserer Fälle möchte ich zunächst die Krankengeschichte nur eines hierhergehörigen Falles vorbringen.

Friedrich F., Anstaltskutscher, geb. 1865, verheiratet; Ehe kinderlos; angeblich erblich nicht belastet. Der Kranke wurde am 5. März 1907 vom Landes- als Untersuchungsgerichte Graz unserer Anstalt zugeführt.

Aus dem Akte und dem gerichtsärztlichen Befund interessiert folgendes: F., der bereits mehrere Jahre zur vollsten Zufriedenheit in der Anstalt bedienstet war und bisher noch nie einen gerichtlichen oder polizeilichen Anstand hatte, fiel am 7. Februar in Hinblick auf seine bisherige Pünktlichkeit und Verläßlichkeit durch seine Zerstreutheit auf, indem er Aufträge verwechselte, zwecklos in die Stadt fuhr und auf einem falschen Standorte wartete. Abends sprach er durch einige Zeit vor der Anstaltsküche in Gegenwart von Mägden und Bediensteten mit einer barmherzigen Schwester, nahm seinen Bierkrug in Empfang und gab sodann ohne jede Veranlassung der an ihm vorübergehenden Schwester von hinten her zwei wuchtige Hiebe mit einem schweren Schraubenschlüssel auf das Hinterhaupt, so daß dieselbe bewußtlos zu Boden stürzte. Sofort zur Rede gestellt erklärte er nichts getan zu haben und nichts zu wissen. Er ging dann ganz ruhig wie gewöhnlich mit seinem Biere von der Küche über den Hof bei dem Haupttore hinaus, sagte noch bei dem Vorbeigehen zum Portier, daß der Küchenschwester etwas geschehen sei, begab sich in das Stallgebäude und wollte dann in die Stadt fahren. Sofort seines Dienstes enthoben gab er ganz gelassen seinen Pelz her, spannte nachträglich aber andere Pferde ein und fuhr ohne Auftrag in die Stadt zum Bahnhof. Daselbst ging er auf den Anstandsort und überfiel sodann ohne jede Veranlassung und lautlos in tückischer Weise einen ihm ganz fremden Herrn und versetzte demselben gleichfalls mehrere Schläge mit dem Schraubenschlüssel auf den Kopf. Obwohl sofort Leute und ein Wachmann zu Hilfe eilten und noch sahen, wie er den Herrn attackierte, so behauptete er trotzdem unschuldig und ganz unbeteiligt an der Sache zu sein. Er ließ sich ruhig schließen und abführen, gab klare Antworten und behauptete nichts getan zu haben, obwohl seine Hände wie auch der Schraubenschlüssel blutig waren. Auch bei dem Verhöre bestritt er die Schwester sowie den Herrn beschädigt zu haben und erzählte sonst alles genau, anscheinend ohne Gedächtnislücke. Nach seiner Einlieferung in das Gefängnis blieb er zwei Tage apathisch liegen, verunreinigte sein Bett mit Kot, urinierte auf den Boden und sah verdämmert aus. Er klagte über Brennen und Schmerzen in der Brust. Im weitern war er vollkommen geordnet, klar, arbeitete fleißig, sprach ganz heiter mit seinen Genossen, schlief ruhig, gewöhnte sich rasch in die Haft ein und ließ keine besondere Sorge über seine Lage erkennen. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung am 17. Februar bot er keine Zeichen einer Geistesstörung, war für die Tat amnestisch. Die mittelweiten Pupillen reagierten mehr träge und bei raschem Wenden trat leichtes Schwanken ein, ebenso bei Augenschluß.

Bei der Aufnahme in Feldhof bestand folgender Status somatikus: Mittelgroß, ziemlich kräftig: keine Dermographie; Puls regelmäßig, Herzstoß nicht fühlbar. Die Herzdämpfung nach links mäßig verbreitert; erster Ton an der Herzspitze unrein. Die übrigen Organe gesund; Reflexe gut auslösbar, kein Romberg, kein Tremor, Pupillen sind gleich,



etwas enge, reagieren prompt. Zunge ruhig, belegt, zeigt am Rande Zahneindrücke. Kein Eiweiß im Urin.

Beim Examen ist der Kranke persönlich, örtlich und zeitlich gut orientiert, referiert, daß er ein Findelkind sei, er habe seinen wirklichen Vater nicht gekannt, und wisse auch über seine Mutter nichts Näheres. Die Schule besuchte er unregelmäßig, lernte erst später ordentlich lesen und schreiben. Er diente bis zum Einrücken beim Militär bei verschiedenen Bauern, war acht Wochen bei der Landwehr, machte vier Waffenübungen mit. Nach dem Militär sei er eine Zeitlang zuhause gewesen, habe sich bei seinem Stiefvater, der selbst Fiaker, zum Kutscher ausgebildet, sei in der Folge bei verschiedenen Fiakern bedienstet gewesen und nun seit sieben Jahren Kutscher in unserer Anstalt. Will angeblich nie einen polizeilichen Anstand gehabt haben, vor 10 Jahren habe er geheiratet, die Ehe sei kinderlos. Über die Verhältnisse in der Anstalt könne er nicht klagen, sei mit den Hausgenossen gut ausgekommen, nur in letzter Zeit habe er sich über die Schwester M. gekränkt, die seine Frau wegen der bei ihm wohnenden Küchenmädchen auszankte. Er selbst habe mit der Schwester keinen Verdruß gehabt. In letzter Zeit habe es für ihn etwas mehr zu tun gegeben, doch sei die Arbeit nicht übermäßig anstrengend gewesen. Gefragt, ob er sich im Februar krank gefühlt, meint er, es müsse doch so sein. Durch mehrere Wochen habe er schlecht geschlafen, auch Kopfschmerzen gehabt. Bezüglich der letzten Vorkommnisse erzählt und beschreibt er alles genau, was er am 7. Februar gemacht hat. Seine Erinnerungsbilder stimmen mit den Erhebungen im großen Ganzen überein. Nur bezüglich der beiden inkriminierten Handlungen besteht Amnesie. Er negiert immer, der Schwester etwas getan zu haben. Er erinnere sich nur, daß die Schwester mit ihm gesprochen, daß sie am nächsten Tag mit ihm verrechnen werde und ihn noch gefragt habe, ob er Geld brauche, was er verneinte. Er sei dann in den Schank gegangen, habe auf den Schankburschen Franz gewartet. Was während dieser Zeit passierte, wisse er nicht. Er sei dann auf den Südbahnhof gefahren, um einen Patienten abzuholen. Am Bahnhofe habe er Briefe aufgegeben und sich dann in den Abort begeben. Als er herausging, habe er einen blau angezogenen Mann gesehen, der auf einen anderen losschlug und plötzlich verschwunden sei. Der Angefallene, ein Mann in grünem Steireranzug, sei gegen Patienten getaumelt, als er aus dem Abort herauskam; habe ihn für den Täter gehalten. Er habe damals den Schraubenschlüssel in der Hand gehabt, habe damit früher Schrauben angezogen und hernach vergessen, den Schlüssel wieder zu versorgen. Er sei unschuldig verhaftet worden. Patient weiß weiterhin, daß er am nächsten Tage in das Landesgericht überstellt wurde. Dort habe er in der dritten Nacht einen Herzkrampf bekommen. Er will sich erinnern, daß er sich verunreinigt, habe aber damals nichts davon gewußt. Als er wieder zu sich kam, habe er sich außer Bett befunden. Im ganzen sei er über drei Wochen in Untersuchungshaft gewesen. Daß er einmal in Feldhof auf die Abteilung kommen werde, daran habe er nie gedacht. Er hoffe bald wieder gesund zu werden, sei halt nicht bei sich gewesen, sonst hätte er so etwas nicht getan. Übermäßiger Alkoholgenuß wird negiert, Lues zugegeben. Die Sprache bietet nichts Auffallendes, die Intelligenz entspricht so ziemlich dem Durchschnitt.

Über den weiteren Verlauf kann folgendes berichtet werden: In den nächsten Tagen suchte Patient in mehrfachen Unterredungen mit den Ärzten den fehlenden Gedächtnisinhalt zu ergänzen und erzählte, daß er schon mehrere Tage vor der Tat infolge des Streites mit der Schwester wegen der Küchenmägde aufgeregt gewesen sei und nur auf eine geeignete Gelegenheit gepaßt habe, um der Schwester hinaufzuschlagen. Auf dem Bahnhofe habe er dem Herrn auch ganz einfach hinaufgeschlagen aus lauter Zorn, könne es aber nicht sagen, in welchem Wahne er da gewesen. Bei klarem Verstande könne er doch nicht gewesen sein. Sonst blieb der Pflegling stets unauffällig, geordnet, beschäftigte sich abwechselnd auf der Abteilung, im Garten, in der Meierei und Wäscherei, zeigte auffällig schlaffe Mimik.

Am 22. Juni 1907 wurde er aus der Anstaltspflege entlassen. Am 19. Juli 1908 erfolgte seine Einweisung auf die psych. Abteilung durch die Polizei. Seit 14 Tagen bestand Schlaflosigkeit, seit drei Tagen verändertes Wesen. Tags vorher war er außer Haus, kam ohne Uhr und Geld heim, fuhr ziellos im Fiaker herum und zog sich auf der Straße die Kleider aus. Am Tage der Einlieferung wollte er früh durchaus auf den Schöckl, wollte oben ein Hotel bauen. Bei der Aufnahme im Krankenhaus erscheint Patient ruhig, apathisch, für die Umgebung interesselos, starrt vor sich hin, ist stark zerstreut, gibt nur zögernd Antwort, gibt an, er könne nichts mehr arbeiten, ist einsilbig, im Denken gehemmt, desorientiert. Von den in der Anamnese angegebenen krankhaften Handlungen weiß er nichts. Um die letzten Erlebnisse befragt, erzählt er, er habe bald gearbeitet, teilweise sei er zuhause gewesen. Er sei von der Frau hereingeschickt worden. Weiß nicht, daß er von der Polizei hereingebracht sei und warum. Während der Unterredung bleibt der



Kranke vollständig regungslos, vor sich hinstarrend, spricht langsam monoton. Temperatur ist normal. Verletzungen, Bißwunden an der Zunge sind nicht aufzufinden. Die Pupillen erscheinen ungleich, reagieren auf Licht ziemlich gut. Die Zunge wird mäßig zitternd vorgestreckt. Die Reflexe an den obern Extremitäten sind auslösbar, Patellarreflexe stark gesteigert, Achillessehnenreflexe lebhaft. Leichtes Schwanken bei Augenschluß. Am 24. Juli ist der Kranke noch immer benommen, über sein abnormes Benehmen draußen vollkommen amnestisch. Sprache schleppend. Am 1. August Abgabe nach Feldhof. Pat. erscheint ruhig, orientiert, über seine Situation im Klaren. Meint, seine Frau wolle ihn hier versorgt wissen, weil er krank sei und nichts mehr arbeiten könne. Auffallend ist seine große Apathie und seine zögernde Sprechweise. Rechte Pupille weiter als die linke, beide entrundet; geringe Reaktion auf Licht. Sehr lebhafte Tiefenreflexe. Der Kranke weiß sich an den Tag seiner Entlassung nicht zu erinnern, meint, es seien nicht ganz zwei Jahre seitdem vergangen. Nach seiner Entlassung habe er bei der Gemeinde als Taglöhner gearbeitet, später bei einem Bau. Im Oktober v. J. habe er drei Wochen auf der psych. Abteilung gelegen, weil er bewußtlos gewesen sei, Kopfschmerzen gehabt habe und nicht habe schlafen können. Die ganze Nacht habe er nicht geschlafen und in der Früh habe er nicht gewußt, wo er sei. Nachdem ihn die Frau herausgenommen, habe er wieder gearbeitet, zuletzt in Eggenberg bei einem Bau an einem Samstag zum letzten Male. Am folgenden Sonntag (Datum ist ihm nicht erinnerlich) habe er dann verschiedene Sachen gemacht. Man möge diesbezüglich seine Frau fragen, die werde schon alles genau wissen. Er selbst könne sich nicht so recht erinnern, sei so verloren herumgegangen. Daß er auf den Schöckl gehen und dort ein Hotel bauen wollte, gibt er zu. Das sei in der Phantasie gewesen. An seine Fiakerfahrt könne er sich auch erinnern. Er wollte zu seinem Kurator, dem Baumeister G. in der L.-Straße, fahren, um ihn zu bitten, daß er ihm wieder bei der Gemeinde Arbeit verschaffe. Rechenproben fallen sehr mangelhaft aus. Störungen in der Merkfähigkeit und des übrigen Gedächtnisses sind deutlich konstatierbar.

15. August. War anfangs der Arbeiterpartie zugeteilt, mußte jedoch bald wieder auf der Abteilung zurückbehalten werden, da er sich als wenig brauchbar, reizbar und streitsüchtig erwies. 1. September. Nachts schlaflos, unruhig, geht auf der Abteilung herum und drängt fort. Vermag sich bei der Visite nicht daran zu erinnern. 4. September. Auffallend apathisch, ängstlich depressiv, bittet um seine sofortige Entlassung, seine Frau habe alle Pretiosen verkauft, sie sei verloren, wenn er nicht hinauskomme, er könne sie retten, wenn er draußen arbeite. Er sei jetzt ganz gesund. Allgemeine Tremores. 26. September. Ablehnend, widerstrebt, rauft bei der Ausgangstüre, er müsse zu seiner Frau. 9. Oktober. Wird zusehends apathischer und dementer. Pupillendifferenz, träge Reaktion. Deutliches Silbenstolpern mit Häsitieren. Verunreinigt sich ab und zu. 10. Oktober. Bittet an seinen Kurator zu schreiben, welcher ihm zwei Koffer mit Zigarren und Tabak, 10 Golduhren, 20 Silberuhren und 10 Panzerketten kaufen solle. Bestellt beim Wirtschaftsadjunkten große Lieferung von Schweinen. 30. Oktober. Seither im allgemeinen ruhig, zeigt keinerlei Interesse, stumpf. Heute nachts schlaflos, unruhig. Bei der Visite lebhaft, in heiterer Erregung, zeigt inkohärenten Gedankengang. Habe hier schon alles gelitten, abends komme der Kaiser, und er komme mit 1000 Gewehren und Revolvern, die Bande aufmischen. Lauter Divans und Matratzen und Messingbetten kommen her und da werde er schlafen mit seiner Frau. Die Bänke kommen auf den Direktorgang und von Puch komme ein Automobil und das Schillerhaus müsse für ihn gekauft werden usw. 13. November. Noch immer hypomanisch, ladet die Ärzte ein zu seiner Abschiedsfeier von Feldhof für heute Abend. Mehrere 1000 Fuhren Bier von Puntigam lasse er kommen. Auf allen Abteilungen wird Musik spielen usw. 17. Januar 1909. Seit ungefähr 3 Wochen wieder ruhig, sitzt apathisch herum, gänzlich interesselos. Ist nachts zeitweise schlaflos. Kommt heute bei der Visite mit hypochondrischen Klagen, die er in monoton zögernder Weise vorbringt. 20. März. Wird ständig unbeholfener, steht verloren herum, wird bettlägerig, muß öfter katheterisiert werden, spricht sehr wenig. Die Sprache ist sehr undeutlich, lallend, fast unverständlich. 25. März. Gestern abends und während der Nacht brüllt Pat. laut, bleibt nicht liegen. 28. März. Unruhe hält an. 30. März. Auf Morphium 0,01 2 mal täglich statt Chloral ruhiger, im Krankenzimmer zu Bett. 1. April. Seit gestern auffallend hinfällig, schluckt nicht mehr die eingelöffelte Nahrung. Heute früh Erbrechen. Liegt moribund dahin. 2. April. $^1/_2$2 Uhr früh Exitus.

Sektionsbefund: Schädeldach dünnwandig, längsoval, 176 : 144. Dura ohne Besonderheiten. Pia an der Konvexität graublau, milchig getrübt, schwer abziehbar. Gefäße normal. Windungen am Vorderhirn etwas verschmälert. Rinde daselbst bedeutend reduziert. Das Mark sehr feucht, fest, mit zahlreichen Blutpunkten. Seitenventrikel sind erweitert. In allen Ventrikeln das Ependym granuliert.



Gehirngewicht 1220 g. Herz normal, kein Atherom. In beiden Unterlappen bronchopneumonische Herde. Sonst nichts Besonderes.

In diesem mitgeteilten Falle gleichwie in allen übrigen bildet das eigentümliche Moment das Auftreten von Schwankungen des Bewußtseinszustandes in Gestalt kurzer Absenzen, Dämmerzustände oder Delirien mit oder ohne Verbindung mit Krampfanfällen.

Die Zustände können schon sehr frühzeitig im Beginne der paralytischen Erkrankung auftreten, dieselbe wie in dem eben geschilderten Falle nach ganz kurzen Prodromalsymptomen eigentlich einführen. In anderen Fällen bringen sie ein schon länger bestehendes Prodromalstadium zum Abschlusse oder sind nicht selten in den Verlauf einer schon offenkundigen Paralyse eingeschoben. Selten bleibt es bei einem Anfalle, meist kommt es zu öfterer Wiederholung. Sie stehen im Vordergrunde des Krankheitsbildes, ähnlich wie dies ja auch bezüglich der Krampfanfälle vorkommen kann.

Die Prodromalsymptome brauchen durchaus nicht immer den Verdacht einer beginnenden progressiven Paralyse zu erwecken. Sie äußern sich oft durch eine Kombination von Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, eventuell Benommenheit, wie sie auch bei anderen organischen Gehirnleiden oder bei Epilepsie, urämischen Prozessen vorkommen können.

Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle der typische paralytische Körperbefund vorhanden ist, so sind doch auch die Kardinalsymptome somatischer Art in einer Reihe von Fällen relativ geringfügig und beschränken sich auf trägere Pupillenreaktion, Andeutung von Romberg, also auf Erscheinungen, wie man sie nach Ablauf epileptischer und anderer Dämmerzustände ebenso häufig finden kann, besonders aber wenn ein chronischer Alkoholmißbrauch mitspielt. Derselbe ist auch bei vielen unserer Fälle von ätiologischer Bedeutung; er ist wie gesagt fast bei allen unserer Fälle neben Lues nachzuweisen, sein modifizierender Einfluß auf den Verlauf anderer organischer Gehirnerkrankungen, z. B. der Dementia senilis, ist bekannt, und seine Bedeutung für das Auftreten von Krämpfen und Bewußtseinsstörungen überhaupt ließe seinen Einfluß auch auf den Verlauf der Paralyse nicht unverständlich erscheinen.

Der Verlauf wird durch das Auftreten der früher erwähnten Zustände gewiß kompliziert und zweifellos meist ungünstig beeinflußt. Wenn auch abgesehen von länger dauernden deliranten Episoden die einzelnen Bewußtseinsveränderungen rasch vorübergehen, nach Stunden oder Tagen abklingen, so schließt sich doch an dieselben in der Regel ein auffällig progressiver Verlauf, welcher zu rascher Entwicklung einer Demenz führt, aber auch verhältnismäßig früh den letalen Ausgang zur Folge hat. So führte der hier geschilderte Fall nach 2 jähriger Dauer zum Exitus, ein anderer nach im ganzen 7 monatiger Dauer. Natürlich gibt es auch einzelne Ausnahmen, die eine mehr stationäre Verlaufsform mit gering entwickelter Demenz zeigen. Daß auf eine kurze Zeit nach Abklingen der Anfälle eine Besserung eintritt, ist nicht selten. Besonders andauernde gute Remmissionen nach Abklingen sehr früher Attacken konnten wir nicht beobachten. Im allgemeinen müssen wir das Auftreten von Bewußtseinsschwankungen prognostisch ungünstig werten.

Die spezifische Eigenart derartiger Zustände selbst ist variabel. Neben den kurzen Absenzen kommen Dämmerzustände vor, die in allem das Gepräge epileptischer Ausnahmezustände zeigen, wie z. B. im mitgeteilten Falle. Die rasch ansteigende Benommenheit mit automatenhaftem, anscheinend zweckmäßigem Handeln, triebartiger unmotivierter Gewalttätigkeit mit nachfolgender stuporöser Erschöpfung, der baldigen Klärung mit Amnesie für die krankhafte Phase sprechen bei dem unvermittelten Ausbruche der Bewußtseinsveränderung in erster Linie für Epilepsie, wenn auch von früheren Anfällen nichts bekannt war. Die Klärung brachte erst der weitere Verlauf.

Auch in dem folgenden Falle erinnert die plötzlich auftretende Benommenheit mit triebartigem Exhibitionismus sehr an epileptische Bewußtseinstrübung. Der Kranke hatte mehrmals vorübergehende Zustände, in welchen er verwirrt sprach, wie betrunken erschien, vor Mädchen das Genitale entblößte. Er verschwand ein andermal plötzlich nach Veruntreuung von Geldern, irrte planlos herum, wurde dabei durch seine widerspruchsvollen Reden auffällig und verübte sinnlose Handlungen. Nach einigen Tagen verhaftet, war er teilweise amnestisch, konnte sein Handeln nicht motivieren, stand seinem Zustande und seinen Taten als etwas völlig Fremdem gegenüber, alles sei wie im Traume gewesen; vorher hatten starke Verstimmung und Lebensüberdruß bestanden. In der Haft und bei der gerichtsärztlichen Untersuchung bestanden keine Zeichen von Geistesstörung. Auffällig war nur eine Apathie und nervöse Störungen. Von besonderem Interesse ist in diesem Falle auch der Wandertrieb während des Dämmerzustandes, der in der typischen Weise durch eine initiale Verstimmung ausgelöst wurde, sodann sich durch zweckloses Herumvagieren, widerspruchsvolles Handeln und Reden und nachfolgende teilweise Amnesie äußerte und



sich in seiner ganzen Symptomatik den poriomanischen Attacken Epileptischer sehr ähnlich erweist.

In einem weiteren Falle fand der Zustand sogar den kritischen Abschluß durch Schlaf. Der Kranke irrte plötzlich verwirrt und ängstlich wie ein Betrunkener durch die Straßen, sah angeblich nicht, schlief dann die ganze Nacht, war morgens klar, merkte selbst das Rätselhafte des Vorfalles und ging allein in die Anstalt, weil er wahrscheinlich im Kopfe nicht richtig sei.

Eine sensorische Aura bestand bei einem kranken Jäger, bei dem im Dienste plötzlich verändertes Bewußtsein, unsicherer Gang, Gehörshalluzinationen auftraten. Er hatte vorher das Gefühl, als ob er herumfahre und dabei Städte und Meere sehe. Der Zustand ging rasch vorüber und wiederholte sich öfter.

Während der Dämmerzustände können körperliche Erscheinungen hervortreten, wie Störungen des Gleichgewichtes, erschwertes Sehen, choreatische Zuckungen. Daraus ergibt sich wohl ein Hinweis auf Beziehungen zu paralytischen Anfällen, die ja nach der Anschauung aller Autoren bestehen, nicht nur in dem Sinne, daß Bewußtseinsstörungen den Anfällen vorausgehen oder folgen können, sondern daß ähnlich wie bei der Epilepsie den paralytischen Anfällen entsprechend psychische Äquivalente auftreten.

Nächst den Dämmerzuständen finden sich häufig Delirien vor. Die Kranken leben in einer aus Illusionen, Halluzinationen, Wahnideen zusammengesetzten Welt, sind verworren, desorientiert, zeigen oft ungeheure Angst und triebhafte Betätigung. Ihre Auffassung ist schlecht, ihr Bewußtsein tief benommen, jedoch nicht leer, vielfach besteht nachher Amnesie. Auch diese deliranten Zustände treten oft überraschend und plötzlich auf. Sie finden sich, wenn auch in allen Verlaufsphasen der Erkrankung, weniger häufig in den Anfangsstadien als die Dämmerzustände und bei der Mehrzahl sind die körperlichen Zeichen der progressiven Paralyse schon deutlich ausgesprochen. In Fällen vorgeschrittener Demenz findet oft ein rascher Wechsel solcher deliranter Phasen statt, wobei die genaue Abgrenzung des einzelnen Anfalles natürlich nicht immer leicht ist. Solange aber die paralytische Demenz noch nicht ausgebildet ist, haben die geschilderten vorübergehenden Zustände eines veränderten Bewußtseins keine besonderen Merkmale, welche einen zwingenden Hinweis auf die paralytische Grundlage ergeben, wenn eben nicht schon besonders charakteristische Erscheinungen auf körperlichem Gebiete vorliegen. Fehlen auch diese, kann die Diagnose lange Zeit in falsche Richtung kommen, bis die längere Beobachtung auf die richtige Fährte bringt.

M. H.! Mit der Mitteilung dieser interkurrenten Veränderungen im Verlauf der progressiven Paralyse haben wir nicht beabsichtigt, eine typische kleine Grupe von Psychosen deutlich herauszuheben. Derartige vorübergehende Pausen im Bewußtsein wurden ja als epileptoide Zustände in der progressiven Paralyse schon von Westphal und Mendel beschrieben.

Was wir hauptsächlich erreichen wollten, ist, auf deren häufigeres Auftreten in den letzten Jahren bei unseren Kranken aufmerksam zu machen. Eine befriedigende Erklärung für diese Verlaufsänderung ist derzeit kaum zu geben und es läßt sich nur die Vermutung ausdrücken, daß es vielleicht der pathologischen Serologie gelingen wird, dieses Problem zu lösen. Es wird übrigens von Interesse sein zu erfahren, ob diese Zunahme auch an dem Materiale anderer Anstalten beobachtet wird oder ob bei uns nur eine zufällige, regionär begrenzte, also von ganz bestimmten lokalen Einflüssen abhängige Erscheinung vorliegt.

Die Diagnose der „frühluetischen Meningitis“ aus dem Liquorbefund.

Vortrag auf der 43. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 22. und 23. November 1913.

Von Privatdozenten Dr. **Hauptmann**, Freiburg i. Br., Psychiatrische Klinik.

In jüngster Zeit fand man bei systematischer Durchuntersuchung frischen Syphilitikermaterials Fälle, die klinisch subjektiv und objektiv symptomfrei waren, im Liquor aber Veränderungen im Sinne einer Lymphozytose, Eiweißvermehrung oder Wassermannschen Reaktion (oder einer Kombination dieser Phänomene) boten. Es mußte entschieden werden, ob diese Liquorveränderungen der Ausdruck einer „frühluetischen Meningitis“ seien. Zur Beantwortung dieser Frage wird zunächst die Erwägung herangezogen, ob die syphilitischen Antikörper im Liquor den syphilitischen



Prozessen im Zentralnervensystem selbst ihr Entstehen verdanken (Wassermann, Plaut) oder einer Filtration aus dem Blut (Zaloziecki). Vortragender entscheidet sich für die erstere Annahme, die er hauptsächlich durch Vergleiche des Vorkommens der Wassermannschen Reaktion und der Weil-Kafkaschen „Permeabilitätsreaktion" zu stützen sucht, er berücksichtigt aber hierbei die Tatsache einer unspezifischen Wassermannreaktion im Liquor bei gewissen Meningitiden. Von anatomisch untersuchten Fällen spricht nur ein von Max Fränkel untersuchter vielleicht gegen die diagnostische Bedeutung der Liquorveränderungen, ein von Zaloziecki, und vor allem ein von Jakob publizierter Fall entscheiden für die Dignität des Liquorbefundes. Wichtig erscheint auch eine Untersuchung Versés, der in den Spinalganglien eines Syphilitikers, der klinisch symptomfrei war, Spirochäten nachwies. Im Anschluß hieran berichtet Vortr. über Impfversuche von Nichols und Hough und von Steiner, die durch Injektion von Liquor Sekundärluetischer in Kaninchenhoden Spirochäten nachweisen konnten. Bei klinisch sicheren Fällen frühluetischer Meningitis fand sich entsprechender Liquorbefund (Lymphozytose, Phase I, Wassermannreaktion bei Auswertung); alle Symptome konnten aber schwinden, und doch blieb der Liquor noch verändert: ein Beweis, daß die Liquorveränderung das einzige Kennzeichen der latenten syphilitischen Meningitis sein kann. Weiterhin werden Fälle beobachtet, die klinisch symptomfrei sind, veränderten Liquor zeigen. und durch auf Salvarsan folgende Neurorezidive zeigen, daß die Liquorveränderungen der spezifische Ausdruck der latenten syphilitischen Meningealaffektion waren. Es ist deshalb berechtigt, auch in Fällen, die bei positivem Liquorbefund kein Neurorezidiv bekamen, aus dem veränderten Liquor auf das Bestehen einer frühluetischen Meningitis zu schließen, um so mehr, als Fälle in der Literatur, wie eigene vom Verf. untersuchte, zeigen, daß gerade die Patienten mit Liquorveränderungen subjektive Symptome seitens des Zentralnervensystems, wenn auch in geringem Grade (wie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Augenflimmern, Schwindel, rheumatoide Schmerzen in Armen und Beinen) boten. Eiweiß-, Zellvermehrung oder Wassermannreaktion im Sekundärstadium der Lues sind also der Ausdruck einer (bisweilen latenten) frühluetischen Meningitis. Es scheint fraglich, ob die Anschauungen über die Lues nervosa nach Kenntnis der Tatsache, daß in einem so großen Prozentsatz das *Zentral*nervensystem schon so früh von Spirochäten überschwemmt wird, aufrecht erhalten werden können. Vortr. tritt entschieden für die Dreyfussche Forderung ein, alle Syphilitiker zu punktieren und zu behandeln, bis der Liquor wieder normal geworden ist. (Autoreferat.)

Mitteilungen.

— **Bericht über den Internationalen Irrenfürsorge-Kongreß in Moskau.** Vom 8. bis 13. Januar 1914 fand in Moskau der 5. Internationale Kongreß für Irrenfürsorge statt. Nach dem inhaltlich so hervorragend und auch dank dem Entgegenkommen der Stadt Berlin und der Provinz Brandenburg außerordentlich glänzend verlaufenen 4. Internationalen Kongreß in unserer Reichshauptstadt 1910 schien es zunächst nicht leicht, eine würdige Nachfolge zu schaffen. Um so schwieriger wurde die Aufgabe des Moskauer vorbereitenden Ausschusses, als in dem Winter 1912/13 die Zeit des Balkankrieges für die Abhaltung eines Kongresses in Rußland nicht günstig erschien. Erst bei Gelegenheit des allgemeinen medizinischen Kongresses in London 1913 nahm Prof. Bashenoff die Vorbereitung energisch auf. Die eingehenden Anzeigen konnten erst ziemlich spät erfolgen, so daß die Kollegen, die vielleicht auch eine übertriebene Vorstellung von dem russischen Winter hatten, sich nur schwer zu der Reise entschließen konnten, die ja etwas mehr Vorbereitungen erfordert, als die in einen anderen unserer Nachbarstaaten.

Natürlich bietet die russische Sprache Schwierigkeiten für eine Reise; mindestens sollte man in der Lage sein, die Druckschrift zu entziffern. Für Psychiater stellt übrigens ein Versuch, eine so interessante Sprache neu zu erlernen, eine reizvolle Gelegenheit zu psychologischen Selbstbeobachtungen dar. Durch das umsichtige Entgegenkommen der Kongreßveranstalter wurden jedoch die meisten Besucher der Sprachschwierigkeiten enthoben, denn es wurden ihnen zur Führung deutsch oder französisch sprechende Hilfskräfte, vor allem Studentinnen der Medizin, beigeordnet. Schon auf dem Bahnhof wurden die ankommenden Kongreßbesucher durch weithin sichtbare Plakate auf das dortselbst stationierte Ortskomitee hingewiesen, das in liebenswürdigster Weise jedwede Auskunft erteilte und Begleitung nach der Stadt gewährte.

Es nahmen mehrere Hundert russische Kollegen und mehrere Dutzend ausländische Besucher teil, aus Deutschland (11 Herren und 2 Damen), Frankreich, Italien, der Schweiz, Canada, Serbien, Griechenland; ziemlich groß war die Zahl der Deutschen aus den Ostseeprovinzen. Von reichsdeutschen Teilnehmern seien u. a. genannt Obermedizinalrat Ilberg und Frau, die



Oberärzte Heinecke, Rein, Wiedenz, Geh. San.-Rat v. Ehrenwall, Dir. Kahlbaum und Frau, Prof. Rostoski.

Am 8. Januar wurde der Kongreß in feierlicher Sitzung im Moskauer Rathaus eröffnet. Als deutsches Mitglied des internationalen Kongreßausschusses hielt Herr Professor Alt eine Begrüßungsansprache. Malinin, der Vertreter der Stadt Moskau, wies in seinen herzlichen Willkommensworten darauf hin, daß die russischen Städte und Semstwos (Selbstverwaltungsbehörden in den Gouvernements) trotz mancher Schwierigkeiten mit besonderem Eifer die Aufgaben einer geordneten Irrenpflege zu erfüllen bestrebt sind.

Professor Bashenoff-Moskau hielt die eröffnende Festrede: „Die psycho-pathologischen Elemente des künstlerischen Schaffens", ein Problem, mit dem er sich mehrere Jahrzehnte befaßt hat. Er ging aus von einer Prüfung der Theorie des Genies als einer höheren, hypertypischen Form menschlichen Geistes, die gewisse pathologische Symptome aufweist, sowie von der Hypothese, daß das künstlerische Schaffen des Genies und Talents dem Einfluß eines Unterbewußten auf das Bewußtsein unterliege. Hinsichtlich Goethes, der auf den ersten Blick als höherer Typus des Homo sapiens, als das harmonische Genie, imponiert, ist doch bei eingehender Analyse ein zyklothymer Zug nicht zu verkennen. Der Auffassung Rousseaus als eines Paranoikers steht Bashenoff skeptisch gegenüber. Ausgesprochen zyklothym war Gogol, in dessen Briefen depressive und hypomanische Zustände außerordentlich anschaulich wiedergegeben sind. Anklänge ähnlicher Zustände, vor allem melancholischer Art, finden sich bei Schiller, John Stuart Mill, Newton, George Sand, Chatteron, Carlisle u. a. Alfred de Musset erschien mehr zyklothym auf dipsomanischer Basis. Als periodisch dipsomanisch suchte der Vortragende auch Edgard Poe, Hoffmann, Th. de Ruincez, Beaudelaire, Verlaine, Shelley, Coleridge, Burns, Dowson, Kendall, Byron u. a. aufzufassen. Besonders hervorzuheben ist Dostojewski, der selbst Epileptiker war und mit hervorragender Anschaulichkeit psychopathische und epileptische Personen in seinen Werken schilderte, so den Fürsten Myschkin („der Idiot"), Kiriloff, Smerdiakoff, Nelli. Maupassant litt an quälendem Kopfweh und suchte Trost dabei durch Mißbrauch des Äthers. Energisch wandte sich Redner gegen den öfter geäußerten Vorwurf, daß die Ärzte, mit Zerstörungslust ausgestattet, durch derartige Untersuchungen die Größe bedeutender Menschen zu verkleinern suchten.

Die erste spezielle Sitzung begann mit einem Referat von Bashenoff und A. Marie-Paris über „die Lehren von der Vererbung und der Dementia praecox." Von der Auffassung Griesingers ausgehend, daß jede Psychose mit einem depressiven oder Erregungsstadium beginne, wurde geschildert, wie vor 35 Jahren noch die Hälfte der Psychosenerkrankungen als melancholische oder manische aufgefaßt wurden, bis 1885 die Paranoia zur Lieblingsdiagnose wurde, bald abgelöst von der Meynertschen Amentia. Wohl wurde die Aufmerksamkeit auch mehr den organischen Psychosen zugewandt, aber eine Vorzugsstellung nahm in der letzten Zeit doch die Dementia praecox ein, deren Begriff außerordentlich weit ausgedehnt wurde. Bleuler bezeichnete 75% der gewöhnlichen Irrenanstaltsinsassen als schizophren. Es werden selbst Fälle ohne Demenz und auch solche ohne Präkozität mit eingerechnet. Allerdings ist die Existenz einer jugendlichen Verblödung im engeren Sinne seit geraumer Zeit wohl bekannt, aber die außerordentliche Ausdehnung des Begriffes der Dementia praecox sei zu bekämpfen. Bei zahlreichen Fällen müsse man sich damit abfinden, eine Entartung im Sinne von Magnan festzustellen. Ungeachtet der Bedeutung der innersekretorischen Störungen usw. ist die wesentliche Ursache in jenem Bereich die Entartung.

In der Diskussion wurde u. a. von Weygandt hervorgehoben, daß allerdings der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Systematik noch manche wenig befriedigende Punkte aufweise, wenn schon auch vom streng systematischen Standpunkt die anderen medizinischen Disziplinen noch manche Unebenheiten besitzen, nur mit dem Unterschied, daß sie durch ihre therapeutischen Erfolge glücklicher dastehen, als die Psychiatrie. Mag auch manches, wie die Gruppierung der Dementia praecox noch einen präliminarischen Charakter aufweisen, so haben doch gerade die letzten Jahre durch die histologischen, serologischen und organphysiologischen Forschungen wertvolle Beiträge zu einer exakteren Systematik gebracht. Dem ganz vagen Begriff der Entartung gegenüber müssen wir immer mehr dahin streben, die Fälle in schärfer umschriebene Gruppen hineinzubringen, mag es auch bei den vielfach nur als formes frustes ausgeprägten psychischen Abnormitäten oft schwierig sein.

Frau Dr. Straßer-Eppelbaum (Zürich) trug vor „Über das autistische Denken im Bereich der Dementia praecox".

Um die Schizophrenie als ganz intuitiv zu verstehen, dürfen wir uns die Untersuchung nicht durch Zergliederung vereinfachen, sondern das, was erfaßt sein will, muß in seinen Gesamtzusammenhängen von innen aus mit seiner Entwicklungsbewegung verfolgt und genetisch verstanden werden. Um die psychische Konstitution des Schizophrenen zu verstehen, müsse man sich in eine besondere Art des Denkens intuitiv hineinfühlen und sozusagen eine subjektive Logik zu bauen versuchen. Diese Auffassung wird an einem ausführlich geschilderten Fall erörtert. Während Bleuler den Begriff des autistischen Denkens wie die Störung der Intelligenz, des Strebens, der Synthese der Persönlichkeit, als eine der sekundären Erscheinungen der Schizophrenie bezeichnet, möchte Vortr. den Autismus als etwas Primäres bezeichnen, das nicht ein Symptom darstellt, sondern das veränderte Gesamtbild bei der Dementia praecox, gewissermaßen ihre manifest gewordene psychische Grundextraktion. Wenn wir versuchen, uns in den Schizophrenen hineinzudenken, wird es weniger eine Störung



der Synthese der Persönlichkeit, als eine Reduktion der Person durch Fehlen der Wechselwirkung mit der Außenwelt sein. Dementia praecox sei psychologisch das Resultat der vollen, ausgiebigen Reaktion eines Menschen auf das ganze Weltempfinden, das aber zu keiner Harmonie der beiden Weltkomponenten geführt hat, sondern zu einem Abschluß von der Außenwelt; sie sei eine Rückkehr vom eigenen Ich und die Abwendung vom Realen.

Von den übrigen Vorträgen dieses Tages sei noch hervorgehoben: Prof. Orchansky „Über die Rolle der sekundären psychischen Entartung bei der Entwicklung und dem Verlauf der Psychosen"; ferner Dr. Tutischkin „Über die kriminelle Verantwortlichkeit der Geisteskranken", wobei den Ärzten ein möglichst zurückhaltender Standpunkt gegenüber der Frage der Zurechnungsfähigkeit anempfohlen wurde; schließlich trug Dr. Karpow, unterstützt durch ein großes Anschauungsmaterial, vor über: „Die Zeichnungen der Geisteskranken".

In der Sitzung des 9. Januar sprach Weygandt-Hamburg „Über die zweckmäßigste Anstaltsgröße". Er schilderte die außerordentliche Verschiedenheit in der Krankenzahl der Anstalten, so daß z. B. im Staat Newyork neben mehreren Privatanstalten mit nur 2 bis 3 Kranken auch öffentliche Anstalten mit 4000 bis 5000 Kranken existieren. Man kann unterscheiden Zwerganstalten bis zu 50 Kranken, kleine Anstalten bis 500, mittlere bis 1000, große bis 2000 und Riesenanstalten mit über 2000 Kranken. An sich ist die Zahl der Riesenanstalten nicht gering, in manchen Bezirken hat man nach den ersten Versuchen noch zahlreiche weitere Anstalten derart errichtet, so in der Umgegend von London 8, im übrigen England 5, im Staat Newyork 6. Außerdem findet sich je eine solche Anstalt in Österreich, in der Rheinprovinz, privatim in Westfalen; ferner in Sizilien und in Chile. Das behördliche Motiv, die Anstaltsgröße zu steigern, ist der Kostenpunkt. Jedoch ist eine exakte Vergleichung der Bau- und Betriebskosten im Anstaltswesen außerordentlich schwierig. Vom ärztlichen Standpunkte darf die Kostenfrage nicht den Ausschlag geben, sondern der Zweck der Anstalt. Sie soll nicht nur überhaupt den vorkommenden Fällen eines Bezirks Unterkunft bieten, sondern muß die Unterbringung der Selbstmord- und Gemeingefährlichen auch mit größter Beschleunigung ermöglichen. Daher kommt es besonders auf eine geschickte regionäre Verteilung an. Zulässig und wohlbegründet sind große Anstalten für die Kranken der Großstadt; angängig sind sie auch für Bezirke mit besonders rascher Bevölkerungszunahme. Sie haben unter Umständen gewisse Betriebsvorzüge, besonders hinsichtlich der Verteilung der Kranken, mancher spezialtherapeutischer Maßregeln und auch der wissenschaftlichen Forschung. Immerhin sollte man nicht bei Anstalten mit nur chronischen Kranken über 2000 und bei solchen mit akuten Fällen und vielen Aufnahmen über 1500 Plätze hinausgehen. Die Bedenken gegen den Betrieb der großen Anstalten sind in mancher Hinsicht übertrieben worden; allerdings ist es für die ärztliche Laufbahn empfehlenswert, wenn auf einen Direktor nicht allzuviele Ärzte kommen. Einen bei Großstädten angängigen Ausweg bieten die sogenannten Zwillingsanstalten (Berlin, München), die ganz selbständig geführt werden und nur einzelne Zentraleinrichtungen, wie Wasser- und Dampfversorgung, gemeinsam haben. Selbstverständlich darf sich da nicht das System eines übergeordneten Verwaltungsdirektors entwickeln, sondern die oberste Leitung muß in ärztlichen Händen bleiben. Eine Erleichterung des ärztlichen Betriebes kann die neuerdings mehrfach versuchte Aneinanderrückung mehrerer Pavillons sein. In England hat man dieses System entwickelt zu riesigen Anstalten von 800 bis gegen 2000 Kranken in einem riesigen, zusammenhängenden Gebäudekomplex, den man, ohne ins Freie zu kommen, durchwandern kann. Eine Herabsetzung der Baukosten ergibt sich daraus zunächst nicht; in dieser Hinsicht empfiehlt sich mehr die Errichtung einzelner großer Häuser für 150 bis 200 Kranke unter einem Dach und mit einem einfachen Grundriß.

Im allgemeinen wird man den Behörden empfehlen müssen, mittlere Anstalten von 600 bis 800 Plätzen zu bauen.

Der Vortrag wurde illustriert durch 50 Diapositive, die den Entwicklungsgang des Anstaltsbaues vom Anfang des vorigen Jahrhunderts bis in unsere Zeit, einschließlich der Zwillingsanstalten und der englischen Riesenanstalten, demonstrieren.

In der Diskussion betont Alt, daß man sehr wohl von einem gangbaren Typus des Anstaltsbaues sprechen könne, und daß Uchtspringe und das von Alt im Auftrage der rheinischen Provinzialverwaltung im Jahre 1898 bearbeitete und veröffentlichte „allgemeine Bauprogramm" in dieser Hinsicht für viele Anstalten innerhalb und außerhalb Deutschlands vorbildlich gewirkt habe. Die aneinander gerückten Pavillons könne er nicht empfehlen. Von den erwähnten Ausnahmefällen der Anstalten der Großstädte und der Bezirke mit rasch zunehmender Bevölkerungsziffer abgesehen, solle man über die Größe von 800 Plätzen nicht hinausgehen.

Der Beweis, daß die ganz großen Anstalten in Anlage und Betrieb billiger wären, sei nicht erbracht, die Verbilligungsberechnungen stünden vorläufig auf dem Papier; man möge solche anstellen, wenn die neuerdings manchenorts so gepriesenen Riesenanstalten über zehnjährige praktische Erfahrung verfügten. Jedenfalls geht bei diesen Kolossen die Übersicht der Verwaltung und die Einheitlichkeit der Behandlung verloren. Sowohl bezüglich des einzelnen Pavillons wie der einzelnen Anstalt gebe es eine Größe, über die nur in ganz besonders gelagerten Ausnahmefällen hinausgegangen werden dürfe. Die Zahl der Ärzte, welche zum Leiter einer Riesenanstalt allenfalls geeignet seien, dürfte recht gering sein. Die Möglichkeit, in eine leitende Stelle zu kommen, sei bei der verschwindend geringen Anzahl der Direktorstellen für die meisten Kollegen so gering, daß selbständig geartete Persönlichkeiten beizeiten der Psychiatrie den Rücken kehrten. Die Anhäufung so vieler Kollegen, wie das in einer Riesenanstalt unumgänglich sei, biete auch große Gefahren in sich. Es sei bekannt, daß viel-



fach psychopathische Persönlichkeiten in der Psychiatrie Unterschlupf suchten und unter der Eintönigkeit des Anstaltslebens sich gegenseitig ungünstig beeinflußten, daraus könnten höchst unerquickliche Zustände resultieren. Man möge zurückkehren zu den mittleren Anstalten mit 600, höchstens 800 Kranken, das sei schon im Interesse des psychiatrischen Standes, namentlich aber auch der Kranken das richtigere. Bei Großstädten liege die Sache vielleicht etwas anders, aber auch da könne man ganz große Anstalten vermeiden, indem man in größerer Entfernung der Stadt mittelgroße koloniale Anstalten errichte und in sie beizeiten aus der eigentlichen Aufnahmeanstalt, die in und bei der Stadt belegen sein müsse, die Kranken überführe.

Professor Rosenbach (St. Petersburg) trug vor „Über die Irrenfürsorge in der russischen Armee". Es existieren gesetzliche Bestimmungen über die spezielle Art der Unterbringung der geistig erkrankten Offiziere und Soldaten. Den russischen Militärhospitälern sind psychiatrische Abteilungen angegliedert. Ein zentrales psychiatrisches Institut dieser Art existiert unter der Leitung des Vortragenden in St. Petersburg, das in der folgenden Woche den Kongreßbesuchern demonstriert wurde.

Subotitsch, Direktor der K. Irrenanstalt in Belgrad und Sekretär des Serbischen Roten Kreuzes, berichtete über die Bedeutung der Geisteskrankheiten im Balkankrieg, an dem er in der Zentrale des Roten Kreuzes teilgenommen hatte; außer der Leitung der Belgrader Irrenanstalt oblag ihm die Leitung des 5. Reservespitals des serbischen Roten Kreuzes mit 1500 Verwundeten. Während des Krieges wurden in die Belgrader Irrenanstalt aufgenommen 7 Offiziere, 6 Unteroffiziere und 84 Soldaten, ferner an Gefangenen 2 Türken und 3 Albanesen; es handelt sich um 0,25‰ Erkrankungsfälle. Von jenen 102 sind genesen 31, gebessert entlassen 21, ungebessert entlassen 9 und gestorben 18, während noch 23 in der Anstalt weilen. Die Diagnosen verteilen sich folgendermaßen: Melancholie 14, Manie 48, postfebrile Psychosen 3, halluzinatorisches Irresein 5, Alkoholismus 1, Dementia praecox 6, Paralyse 12, Epilepsie 9, Imbezillität 3, Typhus abdominalis 1, Typhus exanthematicus 1.

Es ergibt sich daraus, daß in dem serbischen Heer kein Alkoholmißbrauch geherrscht hat. Wenn man die offenbar schon vorher angelegten Fälle von Paralyse und Epilepsie, die 2 Infektionskrankheiten und die Fälle der Gefangenen abzieht, bleiben 74 geisteskranke serbische Soldaten von einer Armee von 400 000 Mann, also 0,185‰ Fälle psychischer Erkrankung. Unter den Todesursachen kam fünfmal Lungentuberkulose und elfmal Marasmus und Inanition vor. Besonders groß war die körperliche Erschöpfung bei den Soldaten, die den Marsch durch das albanische Gebirge nach Durazzo mitgemacht haben.

Der Ausbruch der Psychosen erfolgte nicht im Kampf selbst oder gleich hinterher, sondern erst später, besonders in den Spitälern, wo die Soldaten verwundet oder an Infektionskrankheiten erkrankt lagen, oder auch während der Rekonvaleszenz zu Hause. Kopfverletzung, durch Scheitelstreifschuß, kam nur einmal in Betracht. Bettbehandlung und Dauerbäder erwiesen sich bei den Erkrankten als sehr wirksam.

Vortragender nimmt an, daß bei den Feldzugsteilnehmern noch mancher Fall psychischer Erkrankung ausbrechen könne. Zweifellos wurden auch einige Fälle nicht der Irrenanstalt überwiesen. Vereinzelt kam Selbstbeschädigung oder auch eine gemeingefährliche Handlung vor.

Im bulgarischen Heer von 500 000 Mann sind 165 Fälle geistiger Erkrankung vorgekommen (0,33‰), von denen 39% genasen und 8% starben.

In dem Heer Montenegros von 50 000 Mann sind 5 Fälle von Geistesstörungen eingetreten = 0,25‰.

Dr. Ökonomakis-Athen berichtete über psychiatrische Studien im Balkankriege von griechischer Seite. Aus dem griechischen Heer von 300 000 Soldaten wurden 29 Fälle von Geistesstörung in den griechischen Anstalten beobachtet. Am häufigsten handelte es sich um psychische Verwirrtheit. Es würden somit nur 0,097‰ Erkrankungen vorliegen.

In der lebhaften Diskussion wies Oberstabsarzt Privatdozent Dr. Stier-Berlin auf folgendes hin:

Zu bedenken bleibt bei den vorgebrachten Zahlen, daß sie nur Mindestzahlen sind und die wirkliche Zahl der Zugänge an Psychosen im Kriege sehr viel größer ist, da sie zum Teil durch ihre Erkrankung eben schnell zugrunde gehen, zum Teil nicht richtig erkannt werden. Für die Maßnahmen der deutschen Armee, die für die Behandlung der Psychosen im Kriege vorbereitet sind, sind daher nach den Erfahrungen des russischen Krieges größere Zugangszahlen zugrunde gelegt worden.

Die weiterhin geäußerte Anschauung, daß der Krieg als solcher die Zahl der Psychosen nicht vermehre, sondern nur die aus dem Beurlaubtenstande krank eingestellten Mannschaften eine scheinbare Zunahme hervorriefen, dürfte kaum haltbar sein, da wir gerade in Südwestafrika die höchsten Zahlen an Psychosen beobachtet haben, obwohl nur aktive, ausgesuchte Mannschaften hingesandt worden waren. Allerdings war auch ein psychiatrisch gebildeter Stabsarzt dort tätig, so daß die Beobachtungen wohl exakter waren als in anderen Kriegen. (Fortsetzung folgt.)

— Verein Norddeutscher Psychiater und Neurologen. Vorläufige Mitteilung. Die nächste Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen wird am 9. Mai 1914 in Lübeck stattfinden. Folgende Vorträge sind bisher angemeldet:

1. Bumke (Rostock): über die pathologische Anatomie der reflektorischen Pupillenstarre.
2. Cimbal (Altona): über Entstehung, Unterscheidung und Heilungsaussichten einiger akuter Verworrenheitszustände.
3. von Kafka (Hamburg-Friedrichsberg): Beiträge zur Liquordiagnostik und Theorie.
4. Koppel (Hamburg-St. Georg): über Meningitis serosa.
5. Nonne (Hamburg-Eppendorf): über Infantilismus auf



hereditär-syphilitischer Basis (mit anatomischen Demonstrationen).

6. Saenger-Jacobsthal Hamburg-St. Georg): Erfahrungen mit der Langeschen Goldsolreaktion.
7. Wattenberg (Lübeck): Kranken-Vorstellung.
8. Weygandt-Jakob (Hamburg-Friedrichsberg): Thema vorbehalten.

Das endgültige Programm wird Anfang April erscheinen. Um zahlreiche Beteiligung und Anmeldung weiterer Vorträge wird erbeten.

I. A.: Wattenberg,
Lübeck-Heilanstalt Strecknitz.

— Die **Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater** findet am 2. und 3. Juni 1914 (Dienstag und Mittwoch nach Pfingsten) in Deggendorf statt. Referat: Über das Pflegepersonal. Referent: H. Direktor Dr. Eccard-Frankenthal. Am 2. Tage findet die Besichtigung der neuen niederbayerischen Heil- und Pfleganstalt Mainkofen statt. Anmeldungen von Vorträgen bis spätestens 10. Mai an einen der Unterzeichneten erbeten.

Dr. Rehm, München 12, Neufriedenheim.
Dr. Vocke, Eglfing bei München.

— **Neue Unfallnervenheilstätte.** In der Nähe von Oranienburg bei Berlin hat die Sektion I der Nordöstlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft in Berlin für 265 000 M das Gut Luisenhof erworben, um darauf Schwerverletzte oder infolge von Unfällen nervenkrank gewordene Unfallrentner zu Heilzwecken anzusiedeln. Mit dem Umbau der auf dem Gut befindlichen Baulichkeiten für die Zwecke der Berufsgenossenschaft ist begonnen worden, wofür 35 000 M zur Verfügung gestellt sind. Zuzüglich der sonstigen Ausgaben stellt sich der Gesamtaufwand auf 320 000 M, die aus dem nahezu 5 Millionen betragenden Reservefonds der Berufsgenossenschaft entnommen werden. Auf dem Gute Luisenhof sollen die Invaliden der Arbeit an leichte Gartenarbeit in frischer Luft und damit überhaupt an eine Tätigkeit gewöhnt werden. Zunächst soll das Heim mit 30 Patienten belegt werden. Für später ist die Anlegung einer besonderen Eigenhauskolonie für Unfallverletzte in Aussicht genommen, die sich mit Frau und Kindern dort dauernd niederlassen und Gartenwirtschaft treiben können. Das 350 Morgen große Gut, dessen Ländereien verpachtet werden, soweit sie nicht für die Kurzwecke der Berufsgenossenschaft verwendet werden, umfaßt auch einen schönen Garten von vier Morgen und einen alten Park von fünf Morgen Größe.

Therapeutisches.

— **Über Anwendung von Siran bei Lungentuberkulose.** Von Dr. Camphausen, Spezialarzt für Lungenleiden. (Aus der Heimstätte der Stadt Schöneberg z. Sternberg b. Frankfurt a. O.) Fortschritte der Medizin. Nr. 15 1913.

Siran besteht aus: Kal. sulfoguajacol 10,0; Acid-thyminic. 1,0; Extr. Thymian 8,0; Sir. Menthae praep. ad 170,0.

In einer besonderen Kassenpackung Preis 1,75 M (ungefähr 20 Pfg. tägliche Kosten).

Kal. sulfoguajakol. in dem Siran hat nicht die ätzende Wirkung wie Kreosot, wohl aber die antiseptische, nur darf es nie auf leeren Magen gegeben werden.

„Die Wirkung des Sirans bei Lungentuberkulose ist hustenmildernd, schleimlösend, appetitanregend und dadurch gewichtsvermehrend, fieberwidrig, nachtschweißhemmend, die Heilung des tuberkulösen Prozesses direkt befördernd."

Ein wichtiger Vorzug des Sirans ist außer dem billigen Preis sein recht angenehmer Geschmack, erreicht durch einen nach besonderem Verfahren bereiteten Zusatz von Sir. Menthae mit Kohlensäure. Sowohl Kinder wie auch empfindliche Tuberkulöse nehmen das Präparat gerne. Zum Schluß werden kurz einige Fälle beschrieben.

— **Zur Luminalwirkung, besonders bei der Epilepsie.** Von Dr. Kino, Hohe Mark i. T. (Aus der Privatklinik Hohe Mark i. T., Dir. Hofrat Prof. Dr. Friedländer.) Die Therapie der Gegenwart 9. Heft September 1912.

„Wir können somit auf Grund unserer vorläufigen Beobachtungen die in den letzten Wochen so zahlreich erschienenen Publikationen über fast durchweg gute klinische Erfahrungen mit dem Luminal vollkommen bestätigen. Vor allem erwarten wir mit Interesse, ob unsere Erfolge bei der Epilepsie auch von anderer Seite ihre Bestätigung finden werden."

Anstaltstechnisches.

— Die **geräucherten Fischwürste** der Firma **K. Schönau & Co., Fischverwertungsgesellschaft, Altona,** sind in der jüngsten Zeit vom Verwaltungs-Departement des Kgl. Kriegsministeriums auf Grund langjähriger Untersuchungen der Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin zur Verpflegung in den Truppenküchen freigegeben worden. (Verfügung vom 3. April 1913 Kriegsministerium Armee-Verwaltungs-Departements Nr. 612/2. 13. B 2.)

Es ist dies eine ganz besondere Anerkennung dieses Fabrikates, weil die Militärbehörde — nach den verschiedentlichen Vorkommnissen bei Fischspeisen — sehr eingehende Untersuchungen nach allen Richtungen der Hygiene und Bakteriologie angestellt hat. Auch der Schönausche Betrieb wurde zuvor durch die gemischte Kommission von Heer und Marine besichtigt und hat sich diese darüber sehr lobend ausgesprochen.

Die Anführung dieser Tatsachen dürfte wohl genügen, um etwaige noch bestehende Bedenken und Vorurteile in Anstaltskreisen gegen die Verabreichung von Fischwurst endgiltig zu zerstreuen.

Es wird ausdrücklich betont, daß sich diese Auslassungen des Kgl. Kriegsministeriums lediglich und allein auf das Fabrikat der Firma K. Schönau & Co. beziehen, die seit 1897 als Spezialfabrikat die „geräucherte Fischwurst" in ihrer Spezial-Fischwurst-Fabrik herstellt.

— **Einen wichtigen Fortschritt des Telephonverkehrs** bietet der soeben auf dem Markt erscheinende **Wello-**



phon, welcher zur besseren Verständigung bei Ferngesprächen geradezu unentbehrlich ist.

Derselbe kann im Nu an jedem Einsprechtrichter angebracht und entfernt werden. Eine postliche Genehmigung ist nicht erforderlich, da bei Benützung derselben der Telephonapparat geschont bleibt.

Viel Ärger und Verdruß wird in Zukunft erspart bleiben, da man nicht dutzendmale ein und dieselbe Frage vorgelegt bekommt, bis man endlich richtig verstanden wird, sondern man wird gleich gehört werden. Das Gespräch wickelt sich daher rasch ab, und die Zeit und Geldersparnisse, durch verminderte Taxen, machen den Wellophon in kurzer Zeit bezahlt. Die Gebrauchsdauer ist eine unbegrenzte und wird Interessenten empfohlen, sich raschmöglichst in den Besitz eines solchen zu setzen, da in Bälde ein Preisaufschlag eintreten wird.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Lüben i. Schl.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Geheimen Sanitätsrat Dr. F. Simon ist anläßlich seines Übertritts in den Ruhestand der Königliche Kronenorden III. Klasse verliehen worden.

— **Provinzialheilanstalt zu Marsberg.** Assistenzarzt Dr. Dammann ist vom 1. Oktober 1913 ab zum Abteilungsarzt ernannt. Der bisherige Anstaltsarzt Joseph Widmann von der Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt Kosten wurde am 1. Januar 1914 hier als Abteilungsarzt angestellt.

— **Schleswig** (Provinzial-Idiotenanstalt). Oberarzt Dr. Lütgerath am 1. März 1914 in gleicher Eigenschaft an die Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt i. Holstein versetzt. Dr. Abraham, bisher Hilfsarzt an der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt zu Pforzheim, am 1. März 1914, als Hilfsarzt eingetreten. Hilfsarzt Dr. Grabow am 1. April 1914 zum Oberarzt ernannt.

— **Haina,** Bez. Cassel. Am 15. d. Mts. trat Medizinal-Praktikant Theodor Wedemeyer aus Bolzum aus dem Dienst der hiesigen Anstalt.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

— Ein **„Archiv für Frauenkunde und Eugenik“** beginnt im Verlag von C. Kabitsch, Würzburg, zu erscheinen. Herausgeber ist Dr. Max Hirsch in Berlin W. 30, Metzstraße 34. Das Programm ist ein außerordentlich viel umfassendes, die Mitarbeit hervorragender Autoritäten aus den verschiedensten Gelehrtenkreisen gesichert; unter ihnen finden wir auch bekannte Psychiater, Sommer und Strohmayer. Der Band kostet 16 Mark.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Kurhaus Ahrweiler, Rheinland

Zwei völlig getrennte Sanatorien für Nerven- bezw. Gemütskranke.

Besondere Einrichtungen für Übergangsformen. Landschaftlich ausgezeichn. Lage. Große Garten-Anlagen, Treibhäuser, eigene Waldungen und Ateliers für Handfertigkeitsarbeiten unter fachmänn. Leitung ermöglichen **Beschäftigungstherapie** jeder Art. 5 Ärzte. Volle Pension mit ärztlicher Behandlung 9—15 M. pro Tag, je nach Wahl des Zimmers. Für besondere Ansprüche elegante Villen. Reiseverbindung: ab Schnellzugsstation Remagen der linksrhein. Bahn mit Nebenbahn oder Automobil der Anstalt. Prospekt auf Wunsch durch die Direktion.

Geh. San.-Rat Dr. v. Ehrenwall, leitender Arzt und Besitzer.

Zihlschlacht — Eisenbahnstation: Amriswil (Kanton Thurgau) — Schweiz

Privat-Heilanstalt „Friedheim", in ruhiger, naturschöner Lage mit großen Parkanlagen. Zur Aufnahme von

Alkohol-, Nerven- und Gemütskranken,

Morphinisten inbegriffen. Sorgfältige Pflege und Beaufsichtigung. Gegr. 1891.
Besitzer und Leiter: **Dr. Krayenbühl.**

SCHRÖTERS

Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

Gegründet 1873. **DRESDEN N.,** Oppelstraße Nr. 44/44 b. I a. Referenzen.
Hygiene-Ausstellung Dresden 1911 **silberne Medaille.** Prospekt gratis.

Lewaldsche Heilanstalt — Obernigk bei Breslau

1. Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke.
2. Kurpension für Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren.

Näheres durch illustrierten Prospekt.

Gegründet 1870. * Telephon Nr. 1.
Dr. Loewenstein, Nervenarzt.

Heilanstalt Neuemühle b. Cassel

für Nerven- und Gemütskranke

Ruhige, schöne Lage in 24 Morgen großem Park, Zentralheizung, elektr. Licht, Wandelbahn etc. Prospekte und nähere Auskunft durch die Besitzer und leitenden Ärzte:

Dr. Otto Brunner und Dr. Gustav Brunner.

LINDENHOF bei Dresden

Dr. Piersons Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke.

Bahnstation Coswig, in 20 Minuten von Dresden zu erreichen.

Moderne, in anmutigem Villenstil gebaute, in einem 10 Hektar großen Park gelegene Anstalt für Gemüts- und Nervenkranke beiderlei Geschlechts

Komfort der höher. Stände, Warmwasserheizung, elektrische Beleuchtung. Für Patienten mit außergewöhnlichen Ansprüchen abgeschlossene Wohnungen von 3 Zimmern, Garderobe, Veranda etc.

Näheres durch illustrierten Prospekt. —— Drei Assistenzärzte.

Dirig. Arzt: **Dr. Fr. Lehmann.**

Stellengesuche

Aufsichtspflegerin

gesucht. 720 M Anfangsgehalt, 1080 M Endgehalt (nach 12 Jahren). Vollständig freie Station III. Kl., abds. II. Kl. Eig. Zimmer, 18 Tage Urlaub, 5 Ausgangstage i. Mon., nach 1/2 Jahr pensionsberecht. Nur sehr gut qualifizierte Bewerberinnen mit mindest. 2jähr. Dienstzeit od. mit bes. Vorbildung wollen Bewerbungen mit Zeugnisabschr. einsenden an die

K. Direktion der Heil- u. Pflegeanstalt Erlangen.

Assistenzarzt

gesucht an die evangel. Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke **„Tannenhof"** bei **Lüttringhausen** i. Rheinl. (unweit Elberfeld-Barmen). Freie Station und 2700 M, steigend in 3 Jahren um 1000 M, von da ab nach Übereinkunft. Familienwohnung vorhanden. Bei Verzicht auf die freie Station 800 M i. J. mehr. Bei Bewährung Pensionsberechtigung. Psychiatrische Vorbildung nicht unbedingt erforderlich. Meldungen erbittet der leitende Arzt

Dr. Beelitz.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Grundzüge für die Ernährung von Zucker-kranken

nebst praktischen Anweisungen für die : Diabetes-Küche :

(nach weiland **Dr. Gilberts** „Diabetesküche")

von

Professor Dr. **A. Albu,** Berlin.

Preis in Ganzleinen gebunden **M. 4.—**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 2. 11. April **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus der Landesirrenanstalt Czernowitz (Bukowina) (Direktor: Sanitätsrat Dr. Leon Kobylanski).

Über Luminal.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dr. **Z. Maniu.**

Als vor einem Jahre die ersten Veröffentlichungen über das neue Sedativum und Hypnotikum Luminal erschienen sind, entschloß ich mich, das Mittel auch an unserem Krankenmaterial einer Prüfung zu unterziehen. Unterdessen sind in Deutschland zahlreiche Publikationen erschienen, aus einer österreichischen Klinik oder Anstalt, meines Wissens, aber noch keine. Da die Resultate, zu denen einige der Autoren gelangten und demzufolge auch die Meinungen über das Luminal abweichende sind, erscheint es zweckmäßig die Wirkungsweise, die Neben- und Nachwirkungen des Mittels kritisch zu besprechen.

Das Luminal, chemisch Phenylaethylmalonylharnstoff oder Phenylaethylbartitursäure, wurde von Dr. Hörlein synthetisch dargestellt und von den Farbenfabriken Merck und Bayer in den Handel gebracht. Es unterscheidet sich von Veronal dadurch, daß eine der beiden Aethylgruppen durch einen Phenylrest substituiert erscheint, wodurch die hypnotische Wirkung erhöht und der vorzeitige Abbau, dem die Amide der Fettsäuren im Stoffwechsel des Menschen unterworfen sind, verhindert werden soll; Ziele die, soweit es sich klinisch feststellen läßt, durch die bisherigen Erfahrungen als gesichert erscheinen.

Es ist ein weißer, geruchloser, schwach bitter schmeckender Körper, im Wasser schwer (1‰), in Darmsoda (1%ige Sodalösung) leicht löslich. Infolge seines Säurecharakters bildet es Salze, von denen das Luminalnatrium im Wasser im Verhältnis 3 : 5 löslich ist; dabei ist die Alkaleszenz sehr gering, so daß seine subkutane Applikation ohne Gewebschädigung für möglich erscheint. Die Salzlösungen sind aber von begrenzter Haltbarkeit, denn nach einigen Tagen entsteht durch Kohlensäureabspaltung ein schwerlöslicher, nur mehr schwach hypnotisch wirkender Niederschlag von Phenylaethylazetylharnstoff.

Bei der pharmakologischen Untersuchung des Luminals durch Impens wurde der Spielraum zwischen wirksamer und letaler Dosis als hoch genug gefunden, um das Mittel auch am Menschen anwenden zu können. Proportional der Höhe der verabreichten Dosen traten, neben der ausgezeichneten hypnotischen Wirksamkeit, ebenso wie bei allen heute üblichen Schlafmitteln, mehr oder minder ausgesprochene Neben- und Nachwirkungen auf. Letale Dosen führten zu Atemlähmung, wobei aber das Herz noch kräftig weiter schlug. Die Ausscheidung des Mittels erfolgt in unverändertem Zustande durch die Niere, ein kleiner Teil scheint im Körper zerstört zu werden; eine Schädigung ersterer wurde, ebenso wie später am Menschen, nicht beobachtet. Ja es wäre hervorzuheben, daß Geißler zwei Nephritis- und einem Diabetes-mellitus-Kranken tagelang 0,4 Luminal gab, ohne quantitative Änderung im Urin finden zu



können. Auch soll nach Impens die Phenylgruppe im Luminal nicht nur die Wirksamkeit gegenüber Veronal bedeutend steigern, sondern auch seinen Charakter ändern, indem die latente aufregende konvulsivische Tendenz der Veronalwirkung dem Luminal abzukommen scheint. Diese Artverschiedenheit des Luminals gegenüber dem ihm so nahe verwandten Veronal wäre, wie Moerchen meint, von großer Bedeutung, denn in Fällen, wo Gewöhnung an Veronal oder Veronalismus droht, hätten wir im Luminal ein Ersatzhypnotikum. Die geringe Zahl der Beobachtungen in dieser Richtung erlauben aber vorläufig kein Urteil.

Das Luminal kann per os und rektal als Klysma (2%ige Lösung), das Natriumsalz subkutan in 20- bis 40%iger Lösung oder rektal in Form von Suppositorium gegeben werden. Die Höhe der Einzeldosis schwankt zwischen 0,1 bis 0,8, die der Tagesgabe bis 1,8. Schon diese Schwankung deutet auf die individuelle Verschiedenheit in der Wirksamkeit des Luminals hin, ein Umstand, auf den die meisten Autoren aufmerksam machen und der als Nachteil des Mittels betrachtet werden muß. Es wurden ungemein viele Fälle beobachtet, und wir selbst konnten uns davon überzeugen, daß das Luminal in einigen Fällen überraschend prompt einwirkt, in anderen gar nicht oder nur gering, ja selbst ziemlich hohe Dosen hier von geringer Wirkung waren. Andererseits sind Fälle zu finden, wo eine bestimmte Dosis unwirksam ist, geringe Steigerung derselben aber von unerwünscht hoher Wirksamkeit, oft von unangenehmen Nebenwirkungen begleitet ist. Eine ungleichmäßige Fabrikation des Mittels wurde aber von den Farbenfabriken auf das bestimmteste verneint. Es bleibt also nichts anderes übrig, als eine individuell verschiedene Reaktionsweise anzunehmen. Wird dieser Umstand bei der Verabreichung des Luminals nicht aus dem Auge verloren, so werden auch die Nach- und Nebenwirkungen, die in der Literatur so häufig hervorgehoben werden, wenn nicht vermieden, so doch auf das Mindeste beschränkt bleiben; denn diese sind, unserer Überzeugung nach, auf zu hohe Dosen zurückzuführen.

Wir wendeten das Luminal als Schlaf- und Beruhigungsmittel bei 97 Personen, darunter nur 17 Männer, in 353 Dosen an, subkutan (32), rektal in Form von Suppositorien (121) und per os (200). Bei der Verordnung gingen wir, um die Reaktionsweise einzelner zu kennen, tastend vor; Tatsache, der viele der Versager, der schwachen Wirkungen, aber auch der geringen Zahl der Nebenwirkungen, die wir hatten, zuzuschreiben sind. Immerhin sahen wir in 63,17% Schlafdauer von 5 bis 10 Stunden, in 18,13% eine solche von unter 5 Stunden und in 18,7% keine hypnotische Wirkung. In den meisten unserer Fälle war uns das Verhalten der Patienten gegenüber anderen Hypnotika bekannt; wir gaben oft letztere abwechselnd mit Luminal, wodurch uns ein Vergleich der Wirkungsstärke einzelner Schlafmittel möglich war. Auch in dieser Richtung konnten wir, ebenso wie andere Autoren, ein individuell verschiedenes Verhalten konstatieren. Dem sind auch die verschiedenen Angaben, daß 0,2, 0,25, 0,3, 0,4 Luminal der Wirkungsstärke von 0,5 Veronal entspricht, zuzuschreiben.

Die Höhe der von uns per os verabreichten Dosis schwankte zwischen **0,1** und **0,8**, die der subkutan applizierten zwischen **0,3** und **0,6** und der in Form von Suppositorien gegebenen zwischen **0,4** und **1,0**. Die hypnotische Wirkung trat durchschnittlich nach 1/2 bis 1 1/2 Stunden ein; die Höhe der Dosis erwies sich dabei als nicht maßgebend, bloß Gleißler will bei höheren Dosen früheres Einsetzen des Schlafes gesehen haben. Eine Excitation, wie dies einigemale gesehen wurde, konnten wir nicht beobachten. Die Wirkung nach subkutaner Applikation scheint später einzutreten als nach interner Verabreichung; ein Unterschied in der Wirkungsweise ist aber nicht zu beobachten; immerhin sei erwähnt, daß Goldstein eine schwächere, Sioli eine stärkere Wirkung nach der subkutanen Applikation sahen. In den meisten Fällen, wo durch die verabreichte Luminaldosis keine oder nur geringe hypnotische Wirkung zu erzielen war, konnte eine sedative Wirkung aber nicht verkannt werden, ja wir gaben oft das Mittel in dosi refracta, um eine solche zu erzielen. Eine hochgradig tobsüchtige Maniaca bekam 8 1/2 Uhr früh **0,2**, 1 Uhr **0,1** und abends **0,2** Luminal. Die Wirkung trat prompt ein, schon nach der ersten Dosis wurde sie bedeutend ruhiger, um am nächsten Morgen motorisch ganz ruhig zu sein; ein Aussetzen des Mittels zog Steigerung der Unruhe nach sich. Ähnlich gute Wirkung sahen wir in vielen Fällen, wenn auch gelegentliches Versagen oder geringe Wirkung nicht zu verschweigen sind. Ein Autor (Goldstein) will überhaupt keine sedative Wirkung gesehen haben, eine stärkere vermißten Gregor, Sioli und Rosenfeld.

Hervorzuheben wäre die häufige und rasche Gewöhnung (Reiß, Benedek, Gregor, Deist und Löwe), die nur sehr langsam schwindet und nicht solcher Natur ist, daß man zur weiteren Verabreichung gezwungen wäre (Gregor), denn man kann das Mittel auch nach fortgesetztem



Gebrauch aussetzen, ohne daß üble Folgen auftreten. So erhielt, um nur einen Fall zu erwähnen, eine an Paralysis progressiva leidende Patientin fortgesetzte Gaben von Luminal; anfangs trat die hypnotische Wirkung prompt ein, der Schlaf dauerte durchschnittlich 8 Stunden, später war dieser von kürzerer Dauer, um zum Schluß auch auf **0,8** nur 2 ½ stündig zu sein. Aber keine Regel ohne Ausnahme; so heben Geißler und Sioli ausdrücklich hervor, bei fortgesetzten Gaben bis zu 0,5 Luminal keine Gewöhnung gesehen zu haben.

Eine bei Aufregungszuständen erwünschte Art der Nebenwirkung des Luminals ist die protrahierte, eine Tatsache, die auf den langsamen Abbau des Mittels im menschlichen Körper hinweist. So hatten wir oft Gelegenheit nach einmaliger entsprechend hoher Luminalgabe noch für den nächsten Tag Beruhigung der Kranken zu sehen. In unmittelbarem Zusammenhang damit steht die in der Literatur oft zu findende Mitteilung über Schläfrigkeit, Mattigkeit und Benommenheit am zweiten Tage, Symptome, die jedenfalls auch auf zu hohe Dosen zurückzuführen sind.

Das häufige Auftreten der protrahierten Wirkung rückt aber bei kontinuierlichen Gaben von Luminal den Gedanken an Kumulation näher. Und in der Tat, es sind Mitteilungen über eine solche Wirkung seitens Goldstein, Benedek, Gregor und Deist gemacht worden; wir selbst sahen eine solche am 10. Tage nach täglich 2 bis 3 mal **0,1** Luminal auftreten. Hingegen sahen Geißler, Juliusburger und Sioli keine kumulative Wirkung. Auch in dieser Richtung ist also eine individuell verschiedene Reaktionsweise zu konstatieren.

Andere Nebenwirkungen, die wir ebenfalls sahen, sind übermäßige Salivation, Schwindel, Übelkeit und Mattigkeit, Symptome, die niemals bedenkliche Dimensionen annahmen, sondern am nächsten Tage rasch verschwanden Auch Exanthem hatten wir in einem Fall zu verzeichnen gehabt; dieses war masernähnlich, von keinem Fieber, wie es Rosenfeld und König sahen, auch nicht von Juckreiz oder Petechien begleitet, wie es Eder sah. Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen und rauschartige Zustände, wie sie in der Literatur erwähnt zu finden sind, konnten wir nicht beobachten.

Über Abnahme des Blutdruckes berichten Reiß, Löwe, Gregor und Benedek; eine Erhöhung dieses sah Goldstein. Es ist aber hervorzuheben, daß diese Abnahme geringer ist als unter Veronal- oder Skopolaminwirkung. Die Pulsfrequenz wurde individuell verschieden gefunden. Es sei noch bemerkt, daß Deist über Harn- und Darmparalyse bei progressiver Paralyse und ziemlich hohes Fieber nach dem Aussetzen des Luminals berichtet.

Bei der subkutanen Injektion von Luminalnatrium blieb in einem unserer Fälle ein schmerzloses, derbes Infiltrat von der Größe einer Haselnuß zurück. Ähnliches sah auch Reiß, aber nach einer über 14 Tage alten Lösung. Führer sah einmal bei einer sklerodermieartigen Erkrankung und König zweimal Hautgangrän nach subkutaner Injektion; letzteres ist jedenfalls auf nicht sterile Lösung oder unreine Spritze zurückzuführen.

Die psychische Leistungsfähigkeit nach Luminal wurde von Geißler größer, von Reiß individuell verschieden und von Gregor herabgesetzt gefunden. Wie aus den Veröffentlichungen dieser Autoren zu schließen ist, hängen die diesbezüglichen Ergebnisse ab einerseits von der Gewöhnung an Schlafmittel und von der individuellen Resistenz, andererseits von dem Umstande, ob vorher Schlafmittel verabreicht wurden oder nicht. Denn es ist begreiflich, daß in Fällen, wo am nächsten Tage Schläfrigkeit, Mattigkeit u. dgl. besteht, auch die Leistungsfähigkeit eine geringere sein wird, ferner daß in Fällen, wo die Abschwächung eine Folge der bestehenden Schlaflosigkeit ist, auch die Resultate nach einer gut durchgeschlafenen Nacht günstigere sein werden.

Was die Kombination des Luminals mit anderen Beruhigungs- und Schlafmitteln anbelangt, sei vor allem diejenige mit Morphium erwähnt. Günstiger Erfolg wurde davon bei Angstzuständen und Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen gesehen (Juliusburger, Eder). In den letzteren Fällen wurde selbst von Luminal allein gute Wirkung gesehen (Löwe, Goldstein und Schäfer); hingegen vermißte diese Gräffner. Bei sehr erregten Patienten erwies sich die Kombination mit Skopolamin dem letzteren überlegen (Sioli). Die Wirkung schien dabei größer als durch einfache Addition der Einzelwirkungen zu sein. Auch in Fällen, wo eine Verlängerung der Skopolaminwirkung erwünscht ist, erachtet Treiber diese Kombination als sehr zweckmäßig.

Endlich sei noch die günstige Beeinflussung des Zitterns bei der Paralysis agitans (Gräffner) durch Luminal, der unkoordinierten Bewegungen bei der Chorea (Eder), der paralytischen Anfälle (Juliusburger) und der **epileptischen Anfälle** hervorgehoben. Bei den letzteren sei es mir gestattet, etwas länger zu verweilen.



Über die Wirkung des Luminals in dieser Richtung liegen nur einige Veröffentlichungen vor (von Hauptmann, Kino, Deist, Greymayer und Frankhauser). Die Fälle, die wir behandelten, waren durchwegs schwere, solche, die sich lange Zeit in unserer Anstalt befinden und an häufigen Anfällen litten. Hier war uns auch die Möglichkeit gegeben, die Häufigkeit der epileptischen Anfälle vor der Einleitung der Behandlung bis zu einem Jahre zurück zuverfolgen. Nur in zwei Fällen waren wir auf anamnestische Daten angewiesen. Im Folgendem will ich einige unserer Fälle genauer beschreiben.

Fall I hatte im halben Monat vor der Luminaltherapie 23 Anfälle, bekam 11 Tage hindurch alternativ täglich 3 mal **0,1** und 2 mal **0,1** Luminal. Die Wirkung trat prompt ein, die Anfälle sistierten gänzlich. Vom 10. Tage an machte sich kumulative Wirkung bemerkbar; Patientin war benommen, taumelte und konnte sich nicht auf den Füßen halten. Am zweiten Tage nach dem Aussetzen des Mittels verschwand dann die toxische Wirkung. Kumulation bei der Behandlung mit Luminal wurde von Frankhauser und Hauptmann nicht beobachtet. In unserem Falle traten auch in den nächsten 13 Tagen nach dem Aussetzen des Luminals keine Anfälle mehr auf, um dann mit derselben Häufigkeit wie früher aufzutreten. Hier kann also eine günstige Nachwirkung, wie sie auch Deist sah, angenommen werden. Eine solche wurde von Hauptmann vermißt.

Fall II hatte im halben Monat vor der Medikation 36 Anfälle, bekam 5 Tage 3 mal **0,1** und 4 Tage 2 mal **0,1**; nach der letzten Dosis trat Mattigkeit auf. In diesem Fall waren am ersten Tage der Medikation noch 3 Anfälle, am zweiten 2 und am dritten Tage 1 Anfall zu verzeichnen. Die Anfälle waren aber kurzdauernd und sehr leichter Natur. Sechs Tage nach dem Aussetzen der Medikation waren ohne Anfälle.

Fall III hatte im halben Monat vor der Verabreichung von Luminal 24 Anfälle, bekam 10 Tage 2 bis 3 mal **0,1**. Es zeigten sich keine Anfälle mehr, auch nach dem Aussetzen des Mittels, 3 Tage, nicht. Einen Monat später bekam Patientin durch 15 Tage 1 bis 2 mal **0,1** Luminal; es traten auch jetzt keine Anfälle mehr auf, um mit dem Aussetzen des Mittels wiederum aufzutreten. Eine günstige Nachwirkung wie oben konnte hier nicht beobachtet werden.

Auch sei erwähnt, daß Patientin zur Zeit der Medikation freier war als sonst, fleißig arbeitete, sich weniger leicht als früher aufregte. Ähnliches berichtet auch Frankhauser.

Ein neuerlicher Versuch mit noch niedrigeren Luminaldosen führte in diesem Fall nicht zum erwünschten Ziel. Patientin bekam 17 Tage **0,1** täglich. Bei dieser Dosis traten 5 leichte, kurzdauernde Anfälle, eine Absence und ein kurzer Aufregungszustand auf. Die Dosis war also zu klein gewählt.

Fall IV hatte in 15 Tagen vor der Medikation 42 Anfälle, bekam 10 Tage 2 bis 3 mal **0,1** Luminal, die Anfälle blieben noch 16 Tage nach dem Aussetzen des Mittels aus, um dann in derselben Stärke und Häufigkeit wieder aufzutreten. Später bekam Patientin durch 15 Tage 1 bis 2 mal **0,1** täglich mit demselben Erfolg. Die Nachwirkung dauerte aber jetzt nur 4 Tage. Eine neuerliche Herabsetzung der Luminaldosis auf täglich **0,1** führte ebenfalls zum Ziel. In den 37 Tagen der jetzigen Medikation traten bloß zwei leichte kurzdauernde Anfälle auf. In diesem Fall ist also die günstige Wirkung des Luminals auf epileptische Anfälle besonders in die Augen springend.

Der V. unserer Fälle war eine 14 jährige Privatpatientin; dieselbe hatte, nach der Angabe ihrer Mutter, jede Nacht ein bis zwei Anfälle, hie und da auch bei Tag, war sehr reizbar. Früher bekam sie ohne besonderen Nutzen bis zu 6 g Brom täglich. Die in diesem Fall angewendete Luminaldosis betrug 2 bis 3 mal **0,05**. Wie mir mitgeteilt wurde, wirkte das Mittel prompt, die Anfälle blieben aus; mit der Zeit aber begann die Wirkung nachzulassen und die wohltuende Empfindung zu schwinden. Es trat zwar nur ein leichter Anfall auf, aber die Aufregungszustände wurden immer häufiger, wenn sie auch an Intensität den früheren nachstanden. Nach dem Aussetzen des Mittels häuften sich die Anfälle und Aufregungszustände zu derselben Höhe wie vor der Luminaltherapie, so daß Patientin für kurze Zeit in Anstaltspflege abgegeben wurde. In diesem Fall ist also neben der günstigen Wirkung auf epileptische Anfälle Gewöhnung an Luminal, wie dies auch Hauptmann sah, zu verzeichnen.

Auch in den übrigen unserer Fälle sahen wir bei der Anwendung obiger Luminaldosen, neben dem Ausbleiben der Anfälle, Änderung im psychischen Verhalten, wie dies auch Hauptmann und Frankhäuser sahen; die Patienten erschienen freier und friedlicher, außerdem trat die erwünschte Nachwirkung auf, indem die Anfälle für einige Zeit auch nach dem Aussetzen des Luminals ausblieben.

Frankhäuser berichtet noch über ein Verdichten der Anfälle nach Luminal, und daß die Sprache flüssiger und die Handschrift besser wurde.

Aus dem Dargelegten wäre also der Schluß zu ziehen, daß das Luminal von ausgezeichnet



sedativer und hoher hypnotischer Wirksamkeit ist, seine besondere Bedeutung aber in der Möglichkeit der subkutanen Applikation liegt.

Die beschriebenen Neben- und Nachwirkungen unerwünschter Art können bei vorsichtiger Dosierung und Berücksichtigung der individuellen Resistenz vermieden werden. Viel wichtiger und von weit größerer Bedeutung ist aber seine wunderbare Wirkung in der Bekämpfung der epileptischen Anfälle, auch in solchen Fällen, wo die üblichen Antiepileptika wirkungslos bleiben. Diese Tatsache sichert dem Luminal einen vornehmen Platz in unserem Arzneischatze.

Mitteilungen.

— In seinem Aufsatz: **Zur Serodiagnostik der Epilepsie** (Aus der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen; Vorstand: Prof. Gaupp. Münch. med. Wochenschr. 31. März 1914) kommt Wilhelm Mayer zu folgendem Ergebnis: „Zusammenfassend wäre zu sagen: Unsere Beobachtungen an 37 sicheren Epilepsiefällen haben ergeben:

1. Daß der paroxystische Anfall meist nicht mit serologisch nachweisbaren Gehirnabbauvorgängen vergesellschaftet ist und daß damit die differentialdiagnostische Bedeutung der Reaktion für den epileptischen Paroxysmus einerseits, den hysterischen andererseits hinfällt.

2. Die Beobachtung im Intervall ergab weder eine Möglichkeit zu differentialdiagnostischen Schlüssen (obwohl hier gesagt werden muß, daß die relativ größere Anzahl positiver Reaktionen bei ganz schwer geschädigten Kranken immerhin auffallend ist), noch können wir aus unseren Beobachtungen Binswanger in seinen aus dem Ausfall der Reaktion entspringenden therapeutischen und prognostischen Schlüssen zustimmen."

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur Jahresversammlung in Straßburg i. E. am 24. und 25. April 1914.

Tagesordnung.

Am Vorabend, Donnerstag, 23. April, von 9 Uhr ab: Empfangsabend im Hotel Stadt Paris, Meisengasse.

Freitag, 24. April: 1. Sitzung vormittags 9 Uhr in der Aula der Universität. Eröffnung und Begrüßung. Besprechung der sog. verminderten Zurechnungsfähigkeit (Berichterstatter: Aschaffenburg-Cöln und Wilmanns-Heidelberg). Vorträge. — Frühstück ½1 Uhr im Restaurant Germania (Universitätsplatz). — 2. Sitzung nachmittags 2 Uhr in der Aula der Universität. Geschäftliche Mitteilungen. Antrag Kreuser betr. die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Bericht über den Plan eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie. Antrag Weygandt: Der Verein wolle einen Beitrag bewilligen zu einer dem Andenken Ludwig Meyers, des Vorkämpfers des No-restraint in Deutschland, und Wilhelm Reyes gewidmeten künstlerischen Ehrung, die im Park der Irrenanstalt Friedrichsberg (in Form von Medaillons oder Hermen) aufzustellen wäre. Kassenbericht und Festsetzung des Jahresbeitrages für 1914. Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung. Wahlen zur Ergänzung des Vorstandes (Kreuser und Siemens scheiden satzungsgemäß aus). Vorträge. — Tee mit Theateraufführung abends 6 Uhr im Hotel Rotes Haus (Kleberplatz) und im Anschluß daran gemeinschaftliches Essen. Trockenes Gedeck einschl. Tee und Aufführung 5 M; Tee (und Aufführung) allein 1 M.

Sonnabend, 25. April: 3. Sitzung vormittags 9 Uhr in der Aula der Universität. Uhlenhuth-Straßburg: Über experimentelle Syphilisforschung. Weitere Vorträge. — Frühstück ½1 Uhr im Restaurant Germania (Universitätsplatz). — 4. Sitzung nachmittags 2 Uhr in der Aula der Universität. Vorträge. — Abends zwanglose Zusammenkunft im Luxhof (Luxhofgasse 1). Im Stadttheater Opervorstellung.

Für Sonntag, 26. April, liegen folgende Einladungen vor: 1. Besichtigung der Psychiatrischen und Nervenklinik, sowie der Neubauten des Bürgerspitals nach Vereinbarung. 2. Besichtigung der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Rufach (Oberelsaß) und Ausflug in die Hochvogesen. Abfahrt von Straßburg morgens 7⁴⁰; Ankunft in Rufach 8⁵⁹; Besichtigung der Anstalt, Frühstück im Festsaal. Abfahrt von Rufach 12⁵⁰; Colmar 1³ bis 1⁵³ (Kaffee am Bahnhof); Ankunft in Türkheim 2⁶; von da elektrische Bahn nach Drei Ähren. Von dort Ausflüge (für Führung gesorgt).

Folgende Vorträge sind angemeldet:

1. Uhlenhuth-Straßburg (auf besonderen Wunsch des Vorstandes): Über experimentelle Syphilisforschung.
2. E. Stransky-Wien: Intrapsychische Ataxie und Schizophrenie.
3. Derselbe: Die Kontamination in der Pathologie der Sprache.
4. Kastan-Königsberg: Die Pathogenese der Psychosen im Lichte der Abderhaldenschen Anschauungen.
5. Hübner-Bonn: Über paranoide Psychosen.
6. Nießl v. Mayendorf: Die funktionellen Wechselbeziehungen zwischen beiden Hemisphären (Projektionsvortrag).
7. Fauser-Stuttgart: Über dysglanduläre Psychosen.
8. Jakob und Weygandt-Hamburg: Beiträge zur experimentellen Syphilis des Nervensystems.
9. Kafka-Hamburg: Die Abderhaldenschen Seroreaktionen in der Psychiatrie.
10. Kleist-Erlangen: Über ideenflüchtige und paralogische Denkstörung.
11. Gregor-Dösen: Zur Methodik der Intelligenzprüfung.



12. Rittershaus-Hamburg: Untersuchungen der Aufmerksamkeitsschwankungen.
13. Forster-Berlin: Tierimpfungen mit Spirochäten von Syphilitikern.
14. v. Hattingberg-München: Die systematischen Spaltungen der schizophrenen Psyche.
15. Räcke-Frankfurt a. M.: Hysterische und katatonische Situationspsychosen.
16. O. Fischer-Prag: Über gummös-luische Veränderungen im Rückenmark bei Paralytikern.
17. Hegar-Wiesloch: Über abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken.
18. Rosenfeld-Straßburg: Untersuchungen über Störungen des rhythmischen Gefühls.
19. Kirchberg-Frankfurt a. M.: Die differentialdiagnostische Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung der klinischen Stellung von Krampfzuständen.
20. Plaut-München: Das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der Psychiatrie.
21. Reiß-Tübingen: Über die verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Schwerverbrechern (auf Grund eigener Untersuchungen am Ludwigsburger Zuchthaus).
22. Schaefer-Langenhorn: Demonstration eines Planes für ein gesichertes Haus.
23. Pfersdorff-Straßburg: Über Paraphrenien.
24. Steiner-Straßburg: Beiträge zur experimentellen Syphilis des Nervensystems.
25. Hilffert und Rosental-Heidelberg: Zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.
26. Vorkastner-Greifswald: Dementia praecox und Epilepsie.
27. Brodmann-Tübingen: Familiäre Idiotie mit besonderem anatomischen Befund.
28. Wollenberg-Straßburg: Psychiatrische Sachverständigentätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Minderzurechnungsfähigen.
29. Brückner-Langenhorn: Die Bedeutung der Weil-Kafkaschen Reaktion in der Psychiatrie.
30. Gildemeister-Straßburg: Über die Messung der Resistenz (sog. Härte) der Muskulatur und ihre Bedeutung.
31. Leva-Straßburg: Über das Verhalten der Muskelresistenz bei Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabend der Versammlung vorbehalten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Minuten und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen. Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande etwa 8 Tage vorher mitzuteilen. Anmeldungen zur Benutzung des Projektionsapparates nimmt Priv.-Doz. Dr. Steiner-Straßburg, Nervenklinik, entgegen. Der Apparat in der Universität ist nur für diaskopische Vorführungen eingerichtet; epidiaskopische müßten im Bürgerspital stattfinden, für sie ist daher frühzeitige Anmeldung erforderlich.

Dem Lokalkomitee gehören an Geheimrat Prof. Dr. Wollenberg-Straßburg, Sanitätsrat Dr. Ransohoff-Stephansfeld und Direktor Dr. Groß-Rufach. Für die auswärtigen Damen hat sich ein Damenkomitee gebildet. Hotels: 1. in der Nähe des Bahnhofs: Hotel Cristoph, National, Pfeiffer, Terminus. 2. in der inneren Stadt: Hotel Stadt Paris, Rotes Haus, Unionhotel, Hôtel de France. (Die teueren und für größere Ansprüche eingerichteten Hotels sind zuerst angeführt.)

Der Vorstand:

Bonhöffer. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Siemens. Tuczek.

— **Bericht über den Internationalen Irrenfürsorge-Kongreß in Moskau.** Vom 8. bis 13. Januar 1914. (Fortsetzung.)

In der Sitzung vom 10. Januar trug Dr. Greidenberg-Charkow vor über die Einrichtung einer permanenten internationalen Kommission zum Studium der progressiven Paralyse. Vor allem solle diese Kommission das verschiedene Vorkommen der Paralyse in den überseeischen Ländern zum Gegenstande von Erhebungen machen. In der Diskussion betonten A. Marie und Alt, daß schon seit dem vorletzten Kongreß eine Kommission zur Erforschung der Ursachen der Paralyse bestehe.

Eine russische Firma demonstrierte kinematographische Aufnahmen aus dem Kapitel des Alkoholismus, neben klinisch-sozialen Bildern vor allem die Wiedergabe von physiologischen Versuchen an Hunden, insbesondere die Herzreaktion unter dem Einfluß von Alkoholinjektionen.

A. Marie besprach Befunde der Spirochäte pallida bei Paralyse.

Weygandt trug vor über das Problem: „Warum werden Syphilitiker nerven- und gehirnkrank?" Trotz der Unsicherheit der Statistik kann man bei 10 bis 15% der Syphilitiker klinisch nachweisbare Erkrankungen des Zentralnervensystems annehmen; anscheinend sind Fälle mit leichtem sekundären Stadium besonders bedroht. Prinzipiell läßt sich keine scharfe Trennung zwischen Hirnsyphilis und Paralyse durchführen. Zur Klärung kann auf die sehr mannigfachen Verhältnisse bei anderen bazillären und spirillären Erkrankungen, sowie bei Vergiftungen hingewiesen werden. Die Hauptstütze des angenommenen Neurotropismus mancher Spirochätenstämme beruht auf den Fällen von gleichzeitigen Erkrankungen von Ehegatten, Familienmitgliedern und ganzen Gruppen von Berufsgenossen. Gegen diese Deutung läßt sich aber vieles einwenden. Wichtige Umstände sprechen für die Theorie einer besonderen Empfänglichkeit einzelner Infizierten hinsichtlich ihres Nervensystems. Ein beträchtlicher Prozentsatz der Paralytiker ist schon von vornherein erblich belastet; dafür sprechen auch die Degenerationszeichen. Einzelne Erhebungen über die Bedeutung des Alkohols (Bosnien) lassen hierin einen die



Disposition für Hirnlues und Paralyse steigernden Faktor annehmen. Sehr schwer zu beurteilen ist die Bedeutung der Kopfverletzung. Psychisch reizhaftes, aufregendes Leben ist anscheinend nicht bedeutungslos. Die Annahme der Beteiligung der innersekretorischen Drüsen bringt noch keine Klärung des Problems.

Ausgedehnte Tierexperimente an Kaninchen und Affen lassen erkennen, daß eine anatomisch nachweisbare leichte Affektion des Zentralnervensystems, im Sinne meningealer Reizung, außerordentlich häufig, bei mehr als der Hälfte der Versuchstiere vorkommt. Immerhin sieht man bei Impfung vieler Tiere mit gleichem Stamm, daß neben jenen Fällen auch wieder zahlreiche, am Hoden positiv reagierende Tiere doch ein intaktes Zentralnervensystem behalten. Einzelne Tiere, die dem gleichen Impfstoff unterliegen, erfuhren jedoch eine schwerere lokalisierte Schädigung des Zentralnervensystems, eins auch eine solche an den peripheren Nerven. Im ganzen sprechen die Versuche nicht für eine neurotrope Eigenart des Virus. Näheren Aufschluß versprechen Tierversuche mit Syphilisimpfung und sekundären schädlichen Faktoren.

Der Vortrag wird illustriert durch 60 Diapositive mit klinischen und histologischen Befunden von experimenteller Syphilis an den Versuchstieren der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg.

In der Sitzung vom 11. Januar berichteten Dr. Hirschberg und Dr. Finkelstein-Moskau über die Wassermannsche Reaktion bei Erkrankungen des Nervensystems. Ferner Dr. Delbet, Perriol und Professor Pussep über die chirurgische Behandlung gewisser Geistesstörungen.

Dr. Lwoff-Paris trug vor über die Geisteskranken in Marokko und wies hin auf die rückständige und kerkerartige Internierung der Kranken dortselbst, soweit es noch nicht den europäischen Einflüssen ausgesetzt ist. Er demonstrierte dabei eiserne Fesseln, die bei Geisteskranken angewandt wurden.

A. Marie trug vor über die kosmischen Einflüsse in der Ätiologie gewisser geistiger Phänomene.

Krasnuschkin berichtete über seine Erfolge der Serumreaktionen nach Abderhalden in der Psychiatrie, wobei sich eine Übereinstimmung mit den Befunden an den Laboratorien in Deutschland ergab. Alt warnte in der Diskussion vor therapeutischem Optimismus; die Abderhaldensche Reaktion sei von den Psychiatern sehr zu begrüßen, da sie die Aussicht eröffne, den Einfluß erkrankter innersekretorischer Organe auf Ernährung und Lebensäußerung des Gehirns in der Psyche zeitig zu erkennen und damit die längst aus anderen Gründen gebildeten Anschauungen der Somatiker unter den Psychiatern zu stützen. Im Laufe der Zeit werde daraus auch die Therapie Nutzen ziehen, vorläufig aber habe die Abderhaldenforschung, worauf Abderhalden selber hinweise, in der Psychiatrie noch nicht zu erfolgreichen therapeutischen Maßnahmen geführt.

Weygandt wies darauf hin, daß die Untersuchungen von Kafka in Friedrichsberg zu den gleichen Resultaten geführt haben wie bei Krasnuschkin. Beachtenswert ist jedoch, daß Abbau von Hirnmark bei funktionellen Störungen, auch manisch-depressivem Irresein und Hysterie, vorkomme.

Von Seiten des Verlags Marhold-Halle wurde jedem Teilnehmer ein Exemplar des neuerschienenen Bandes der Heil- und Pflegeanstalten Deutschlands und des Auslands zur Verfügung gestellt.

In Moskau und St. Petersburg sowie Umgegend wurde eine Reihe psychiatrischer Institutionen besichtigt. Am 9. Januar wurde die zu Ehren des früheren Moskauer Bürgermeisters benannte Irrenanstalt Alexejewsky besucht, in deren Festsaal die wissenschaftliche Sitzung stattfand. Die für ca. 800 Kranke bestimmte Anstalt ist in ihrer baulichen Anlage nicht ganz modern, doch wird sie in einer den heutigen psychiatrischen Anforderungen entsprechenden Weise geführt. Die verschiedenen Abteilungen sind meist durch Korridore miteinander verbunden, was bei dem winterlichen Klima den Betrieb erheblich erleichtert. Bemerkenswert ist die große Anzahl von Pflegepersonen, von denen eine auf 3 bis 4 Kranke kommt.

Die am nächsten Tage besuchte Irrenanstalt Preobrajenski unter Leitung von Professor Bashenoff ist in ihrer ursprünglichen baulichen Anlage noch älter, aber ihr Betrieb entspricht durchaus den modernen Anforderungen. Das für den klinischen Unterricht an der Frauenuniversität bestimmte Gebäude ist erst vor wenigen Jahren errichtet. In einem Saal waren interessante Krankenarbeiten ausgestellt, verschiedene Anstaltsmodelle, dann Handarbeiten aller Art, zum Teil ganz musterhaft, zum Teil mit dem Stempel des Pathologischen. Besonders interessant waren die von Hilfsschülern hergestellten Arbeiten, Modelle von Tieren und Jagdszenen usw. Es wird hier zum Pflegedienst auch bei männlichen Kranken weibliches Personal verwandt, wie es auch vereinzelt in Deutschland und Großbritannien geschieht. Der Betrieb ist auf diese Weise sehr wohl durchführbar, ja es geht im ganzen ruhiger und sanfter zu als bei der Heranziehung männlichen Pflegepersonals.

Ein Besuch galt dem Institut für Neurologie und Psychologie der Kinder (Direktor Prof. Rossolimo). Das seit 3 Jahren bestehende Institut ist in einem kleinen alten Haus mit engen Räumen untergebracht; es ist bewunderswert zu hören, wie viel dort mit einfachen Mitteln geleistet wird. Dem Leiter der Anstalt sind die schon zahlreichen und schnell sich vermehrenden Hilfsschulen in ärztlicher Beziehung unterstellt. Die Kinder einer dieser Hilfsschulen stehen ihm dauernd zu Untersuchungen und Versuchen zur Verfügung; außerdem wird eine poliklinische Sprechstunde abgehalten. Alle diese Kinder werden auf das eingehendste gemessen, gewogen und körperlich untersucht, auch wird nach der bekannten Methode Rossolimos ihr „psychologisches Profil" bestimmt. In sehr reichhaltigen Sammlungen konnten die Ergebnisse der bisherigen Arbeiten des Instituts vorgeführt werden; auch zeigte der Direktor seine neue kurze Methode zur experimentellen psychologischen Untersuchung der Kinder.

Professor Dr. Minor demonstrierte die Nervenklinik der Moskauer Frauenuniversität. Dabei besprach er auch eine Reihe erlesener neurologischer Erkrankungsfälle, so Hemiplegie auf arthritischer Basis mit Hallux valgus, Hydrozephalus mit Minderwuchs bei guter Intelligenz, Infantilismus und Pottscher Krankheit, verschiedene Dystrophieformen; ferner den singulären Fall eines Mädchens, dessen Unterextremitäten infolge von Spina bifida spastisch gelähmt und zyanotisch sind und sich kalt anfühlen; vom Kreuzbein schräg heraus aber ist ein drittes Bein gewachsen, ebenso groß wie die beiden anderen, allerdings auch gelähmt, aber in normaler Weise durchblutet und daher sich warm anfühlend; auch weibliche Genitalien sind an dieser partiellen Doppelmißbildung angedeutet.

Außerordentlich lohnend war die Fahrt nach dem über 60 km von Moskau entfernten Kloster Neu-Jerusalem, das, ganz in weiß und gold gehalten, eine vor 300 Jahren erbaute genaue Nachbildung der Grabeskirche in Jerusalem darstellt und aus dem blendend weißen Schnee wie ein Märchenbild auftauchte. Mit wissenschaftlichen Zwecken konnte der Ausflug dadurch verbunden werden, daß in dem zu dem Kloster gehörigen Orte Woskressensk sich die Zentrale für die in Familienpflege gegebenen Kranken der Moskauer Irrenanstalt Preobrajenski befindet. In einem einfach gehaltenen Hause wohnen dort für kurze Zeit die frisch aus der Anstalt kommenden oder als für die Familienpflege ungeeignet wieder zurückströmenden Kranken bis zu ihrer endgültigen Unterbringung. Der in dem gleichen Hause wohnende Arzt hat zugleich die Aufsicht über die in den Familien untergebrachten Kranken. Besonders interessant waren für uns die Besuche in etwa 20 solcher Familien, in denen wir nicht nur uns davon überzeugen konnten, daß die Kranken vorzüglich untergebracht waren, sondern auch sehen konnten, wie Arbeiter und Bauern bei — 25° C auf dem Lande hausen.

In St. Petersburg demonstrierte Dr. Abramow seine opulente Privatanstalt. Fernerhin wurde die recht behagliche Privatanstalt von Dr. Bary besichtigt, der in der Stadt-Duma von St. Petersburg, auch als zeitweiliger Vorstand der städtischen Medizinalbehörde um die Entwicklung des hauptstädtischen Irrenwesens große Verdienste erworben und sich auch um den Kongreß in hervorragender Weise bemüht hat.

Die Psychiatrische Klinik der militärmedizinischen Akademie in Petersburg, die bis vor ganz kurzem unter Bechterews Leitung stand und zurzeit keinen Direktor hat, ist für 150 Kranke eingerichtet. Sie untersteht ebenso wie alle anderen medizinischen Institute Petersburgs dem Kriegsministerium, doch sind zum Hören der Vorlesungen nicht nur die künftigen Militärärzte, sondern auch die anderen männlichen Studenten berechtigt. (Für die studierenden Frauen ist ebenso wie in Moskau ein städtisches Krankenhaus als „Frauenhochschule" eingerichtet.) Die Assistenten sind, wie in der Charité in Berlin, teils Militär-, teils Zivilärzte, die Kranken zum kleineren Teil Soldaten, zum größeren Zivilpersonen, meist Selbstzahler. Die Klinik ist mit einer für uns kaum verständlichen Freigebigkeit eingerichtet, hat eigenen Festsaal, eigene Kirche, eigenen Pfarrer, Spiel-, Musik- und Unterhaltungssäle und ausgezeichnete, sehr geräumige Laboratorien für anatomische, physiologische, serologische und vor allem für psychologische Arbeiten.

Großzügig eingerichtet ist die von Professor Rosenbach geleitete psychiatrische Anstalt des Nikolajewschen Militärspitals; in dem palastartigen Bau werden 150 geistig erkrankte Angehörige des russischen Heeres, Offiziere und Soldaten, behandelt. Zum Teil sind noch Veteranen vom Feldzug 1877/78 dabei. Die Einrichtungen sind angesichts der vom Militärfiskus zur Verfügung gestellten großen Mittel höchst opulent und weiträumig. Eine scharfe Trennung in der Unterbringung der Offiziere und Soldaten besteht nicht, es herrscht vielmehr eine gewisse kameradschaftliche Berührung, wenn auch die Verpflegungsart verschieden ist. Die Bedienung und Pflege geschieht durch 100 zu diesem Zweck abkommandierte Soldaten, die übrigens nicht aus der Anstaltsküche verpflegt werden, sondern Mannschaftskost erhalten. 70 sind im eigentlichen Krankendienst tätig, 30 in der Verwaltung und Ökonomie. Die sachverständige Überwachung der Pflege geschieht jedoch durch eine Anzahl von entsprechend vorgebildeten Oberpflegerinnen.

Die im Vorortbezirk auf der Finnländischen Seite von Petersburg gelegene Anstalt „Asyl Alexander III." ist eine enorm reiche Musteranstalt für 360 Kranke. Sie enthält fast nur reiche und gebildete Patienten, die bis 500 R = 1080 M monatlich zahlen, dann aber auch in eigenen Häuschen oder zu zweien in einem Häuschen mit der entsprechenden Bedienung wohnen. Die übrigen Kranken zahlen 50 bis 150 R monatlich, und wohnen dafür in wundervollen großen, luftigen, mit allem erdenklichen Komfort eingerichteten Räumen. An der Anstalt sind 6 Ärzte tätig, die gleichfalls mit Wohnung und Gehalt besonders gut gestellt sind. Neuanstellung von Ärzten erfolgt durch Wahl der Anstaltsärzte mit Stimmenmehrheit. Ärzte sowie Pflege- und Bedienungspersonal erhalten nach 10 bis 15 Jahren die Hälfte des Gehalts als lebenslängliche Pension, die ihnen in jedem Falle ausgezahlt wird, gleichgültig ob sie abgehen oder weiterarbeiten. Daneben besteht noch für die nichtärztlichen Angestellten eine sehr zweckmäßige Sparkasseneinrichtung. Die Anstalt hat daher für Personal sehr große Auswahl und sucht sich die Besten nach dreimonatiger Probezeit aus. Der Grundstock des Reichtums der Anstalt stammt aus einer großen Stiftung.

Besonderes Interesse bot die Besichtigung der großen kolonialen Irrenanstalt Nowosnamenskaja Datscha, südwestlich von St. Petersburg, die durch Bahn- und Schlittenfahrt zu erreichen ist. Die erst 21 Jahre alte Anstalt beherbergt 630 Männer und 520 Frauen. Ein seltsam gebautes Lustschloß Narischkins, eines Würdenträgers der Kaiserin Elisabeth, bildet den Ausgangspunkt der Anstaltsfürsorge. Es sind in diesem eigenartigen Bau, der von seinem Turm und seinen oberen Sälen aus Blicke bis zum finnischen Meerbusen eröffnet, 130 ruhige Frauen untergebracht, von



denen mehr als zwei Drittel arbeiten. Vor allem wird Wäsche angefertigt, im Wert von 1200 Rubel jährlich; ferner wird Weberei von Kleiderstoffen betrieben. Einige Innendekorationen erinnern noch an den ursprünglichen Zweck des Gebäudes, so Malereien auf Metall in chinesischem Stil; dann das säulengeschmückte Schlafzimmer der Kaiserin, in das noch ein unterirdischer Gang mündet; zurzeit dient es als Wäschemagazin. Der größte Saal enthält noch einen gewölbten und gemalten Plafond; imposant sind vor allem die riesigen Kachelöfen. Zur Anstalt gehört noch ein Verwaltungsgebäude, das eine instruktive Sammlung von Krankenarbeiten enthält, unter anderem zahlreiche Stickereien, die in geradezu verbigerierender Weise einen gut ausgeführten Heilandskopf erkennen lassen; Zeichnungen eines Deliranten, die ein durch Strahlen beeinflußtes Haus darstellen usf.

8 Baracken sind für je 40 Kranke bestimmt. Dauerbäder sind in Rußland überhaupt noch nicht beliebt, aber doch ist durch sorgfältige Pflege, Wasserkissen usw. gelungen, daß keiner der zahlreichen vorgeschrittenen Paralytiker Decubitus aufweist.

Die Kranken tragen bei der Bettbehandlung Hemden, leichte weiße Hose, weiße Strümpfe. Zur Verhütung von Mißbrauch hat man einen eichenen Tisch mit zwei massiven Bänken zu einem riesigen Möbel zusammengearbeitet. Mehrere Pavillons werden als offene Villen geführt; sie sind für je 60 Kranke bestimmt. Fleißig werden in den Abteilungen entsprechende Handwerksarbeiten ausgeübt, Tischlerei, Besenbinderei, Buchbinderei usw. Es existiert daneben aber noch ein zentralisiertes Werkstättengebäude. Als Bodenbelag der Krankenräume wird Linoleum benutzt. Wie in vielen russischen Anstalten, sind auch hier die Betten für Krampfkranke ganz niedrig über dem Boden. Die Anstalt liegt prächtig in einem Wald von Fichten und Birken, den ein Wasserlauf durchzieht. In einem großen Bau untergebracht ist die leistungsfähige Küche, der Festsaal mit einer winterlich geschmückten Bühne, sowie die Anstaltskirche.

Die an der Heerstraße nach Oranienbaum gelegene psychiatrische Anstalt „Allerleidtragenden" (Bolniza wsjech skorbjaschtschich) gehört zu den Wohltätigkeitsanstalten der Kaiserin-Mutter. Schon der prunkvolle Ornat des Pförtners weist darauf hin und aus den reichen Mitteln jener Fonds erklärt sich die Weiträumigkeit und Opulenz der Anlage. Ursprünglich war der Hauptbau ein Palast Potemkins, später wurde er zu Anstaltszwecken adaptiert; aus dem Tanzsaal wurde die Anstaltskirche. Eine Gedächtnissäule im Park erinnert an einen Besuch der Kaiserin Katharina II. Im Jahre 1833 wurde der Bau als Anstalt eröffnet, nachdem fünf Jahre früher Seitenflügel angebaut worden waren. 1855 wurden Unruhige-Abteilungen eingebaut. Von den 326 Kranken werden 110 umsonst verpflegt, die übrigen zahlen einen kleinen Betrag. 94 Pflegerinnen und nur 26 Pfleger sind angestellt, also 1 : $2^3/_4$. Narkotische Mittel werden nicht angewandt. Die Räume sind alle groß und luftig. Auch die Unruhigen haben ihren besonderen Speisesaal. Die Beleuchtung ist reichlich. Sehr ausgiebig sind die Einrichtungen für elektrische Behandlung. In einem großen Nähsaal wird die Anstaltswäsche angefertigt; auch Weberei wird getrieben. Die Anstalt gibt neuerdings eine eigene wissenschaftliche Zeitschrift heraus, die in der Anstalt selbst tadellos gedruckt wird. Ferner findet sich dort auch eine kleine protestantische Kirche. (Schluß folgt.)

— **Vom rheinischen Hilfsverein für Geisteskranke.** Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz hielt am 27. November 1913 im Vortragssaale der Bürgergesellschaft zu Köln nach dreijähriger Pause seine fünfte, gut besuchte Hauptversammlung ab. Der Vorsitzende, Geh. Sanitätsrat Professor Dr. Peretti, begrüßte die Erschienenen, unter ihnen den Weihbischof Dr. Müller und den Vertreter des Landeshauptmanns, Landesrat Dr. Horion, und erstattete sodann den Geschäftsbericht, der die Tätigkeit des Vereins während der letzten drei Jahre umfaßt. Die Mitgliederzahl ist um 4270 Personen gestiegen; bis 1912, bis zu welcher Zeit die Zahlen vorliegen, zählte der Verein 19 382 Mitglieder. Der Verein hat auch in dieser Zeit seine Ziele weiter verfolgt, aufklärend über das Irrenwesen zu wirken; zahlreiche Vereine und Korporationen haben Irrenanstalten besucht, um sich über deren Einrichtungen und die Irrenfürsorge aufklären zu lassen. Dank der Werbetätigkeit der Vertrauensmänner sind auch die laufenden Einnahmen gestiegen; auch zahlreiche einmalige Beisteuern und drei Vermächtnisse waren zu verzeichnen. Die an die Kranken und deren Angehörigen gezahlten Unterstützungssummen sind gewachsen; in den letzten drei Jahren sind etwa 73 000 M, seit Bestehen des Vereins im ganzen etwa 203 000 M gezahlt worden. Die bisherigen Ausschußmitglieder wurden wiedergewählt; neu hinzugewählt wurden Bürgermeister Schmidt (Altenkirchen), Dr. med. Fuchs (Köln), als Vertreter von Privatirrenanstalten Dr. Beelitz (Tannenhof) und Dr. Wahn (Krefeld). Als Ehrenmitglieder wurden Beigeordneter Aders (Elberfeld) und Landesrat Dr. Horion einstimmig ernannt.

Einen wichtigen Punkt der Tagesordnung bildete der Bericht über die Tätigkeit der Fürsorgestellen. Frau Laurentius (Düsseldorf) berichtete über die Tätigkeit der Fürsorgestelle für Geisteskranke (Sitz Düsseldorf), die seit dem 1. April 1912 besteht. Es wurden 537 Sprechstunden abgehalten und 188 Fälle behandelt. Die Tätigkeit erstreckte sich auf die Unterstützung der Pfleglinge und deren Angehörige. Der Kassenbericht schließt für 1912 in Einnahme und Ausgabe mit 1617,26 M ab. Von den Ausgaben entfallen 11 38,55 Mark auf Unterstützungen. 1913 wurden bisher 1112,80 M für Unterstützungen ausgegeben. Über die Fürsorgestelle in Elberfeld berichtete deren Vorsitzender Aders (Elberfeld). Günstige Erfolge hat die Fürsorgestelle in Essen (Referent Drießen) aufzuweisen, die mit der Armenverwaltung nicht in Verbindung steht, ein ständig geöffnetes Bureau hält und, an das Städtische Wohlfahrtsamt angeschlossen und so mit reichen Mitteln versehen, jedem Kranken Unterstützung gewähren kann. In guter Entwicklung steht die Stelle in Saarbrücken (Referent Portz). Mit Köln werden zurzeit Verhandlungen zur Begründung einer Fürsorgestelle für Geisteskranke ge-



pflogen. Für die Einrichtung der Fürsorgestellen stellte Prof. Peretti folgende Leitsätze auf: „Übermittelung von Unterstützungen an bedürftige Angehörige von in Anstalten untergebrachten Geisteskranken; Unterstützung der aus der Anstalt Entlassenen durch Geldmittel oder Anweisung auf Lebensmittel, Kleidungsstücke und Handwerkszeug; Besorgung von Arbeitsgelegenheit für Entlassene, Unterbringung von alleinstehenden Entlassenen; Überweisung von Entlassenen, die zum Trinken neigen, an Abstinenzvereine. Ferner: Beratung über Formalitäten bei Unterbringung von Kranken in Anstalten, über Pflegekosten, über Antrag auf Entmündigung und dergleichen, Werbetätigkeit für den Hilfsverein, Einsammeln von Beiträgen usw. Für die Fürsorgestelle ist ein Zusammenarbeiten mit einer Fürsorgestelle für Trinker aufs dringendste zu empfehlen."

Im Anschluß an diese Ausführung sprach Sanitätsrat Dr. Herting (Galkhausen) über „Familienpflege".

Zu dem letzten Punkt, Geschäftliches, forderte der Vorsitzende auf, auf der für 1915 geplanten Ausstellung in Düsseldorf „Hundert Jahre Kultur und Kunst" durch Tabellen und Drucksachen für den Hilfsverein Propaganda zu machen.

— **Familienpflege für Geisteskranke in Galkhausen** bei Langenfeld (Rheinprovinz). Die von der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Galkhausen eingerichtete Familienpflege hat in der in Frage kommenden Bevölkerung allem Anscheine nach viel Anklang gefunden, denn nicht weniger als 50 Pfleglinge konnten bereits in 31 Familien der Nachbargemeinden untergebracht werden. Eine aus dem Landesrat Dr. Horion und dem Geheimrat Dr. Neuhaus bestehende Kommission besichtigte auf Veranlassung des Landeshauptmannes die Pflegestellen. Über das Gesehene sprach sich die Kommission sehr befriedigt aus und wünschte der Einrichtung weitere Erfolge. Gelegentlich der Tagung des Provinziallandtages ist ein Besuch einzelner Landtagsabgeordneter zu erwarten, um auch diesen die Kenntnis dieser besonderen Form der Irrenpflege und Fürsorge zu vermitteln. Bis jetzt ist das Pflegegeld auf 70 Pf. bis 1,40 M pro Tag und Kranken festgesetzt. Sollte diese Einrichtung, was zu erwarten ist, noch weiter ausgebaut werden, so werden für Kranke mit besonderen Ansprüchen auch höhere Pflegesätze vergütet werden.

— **Der Verein zur Unterstützung Geisteskranker in Nürnberg,** der in den 52 Jahren seines Bestehens schon rung 300 000 M für Verpflegung armer Geisteskranker verausgabt hat, hielt seine diesjährige Generalversammlung ab. Nach dem Jahresbericht sind zurzeit in Pflegeanstalten 17 Kranke auf Vereinskosten untergebracht, darunter ein Kranker schon seit 49, ein anderer seit 37 Jahren. Acht Zugängen an Kranken standen 10 Abgänge (4 durch Tod und 6 infolge Genesung) gegenüber. Zur Unterstützung solcher Geheilter wurde ein Wohltätigkeitsfonds gegründet, der schon 2333 M beträgt. Die Mitgliederstatistik weist einen Stand von 4470 (mehr 94) auf. Der Beitrag ist für Mann, Frau und Kinder bis zu 21 Jahren 3 M. Die Rechnung ergibt 21 809 M Einnahmen und 17 398 M Ausgaben (10 836 M Verpflegungsgelder, 1300 M Besoldungen, 5000 M Kapitalsanlage usw.). Das Vermögen beträgt 74 194 M. Die bisherige Vorstandschaft wurde wieder gewählt.

— **Pommern.** Eine Petition der Stadt Dt.-Eylau, den Neubau der vierten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt statt im nächsten schon in diesem Jahre weiter fortzuführen, wurde auf den Antrag der Petitionskommission abgelehnt. Da die Zahl der Geisteskranken in der Provinz sich nicht in dem Umfange weiter vermehrt hat, wie man nach den bisherigen Ziffern befürchten mußte, will die Provinz den Bau der vierten Irrenanstalt etwas langsamer als beabsichtigt durchführen. Der Landtag trat dem ablehnenden Beschluß der Petitionskommission einstimmig bei.

— **Verein für aus Friedrichsberg entlassene Geisteskranke.** In dem Jahresbericht heißt es: Der Irren-Verein hat ein außerordentlich günstiges Jahr zurückgelegt. Durch reiche letztwillige Zuwendungen ist es gelungen, sein Kapital erheblich zu erweitern. Es wird Aufgabe des Vereins sein, nun auch sein Arbeitsprogramm umfangreicher zu gestalten und dafür zu sorgen, daß die erheblichen Mittel zur dauernden Hebung und Förderung der entlassenen Irren dienen können. Zu Weihnachten erhielten alle Pfleglinge außer zehn Mark an Geld noch eine Gabe im Werte von 3—5 Mark, meistens Wäsche oder sonst einen nützlichen Gegenstand. Im Sommer wurde Vielen eine kleine oder größere Summe bewilligt (je nach Bedarf) zur Pflege oder Erholung. Im Winter erhielten alle 6 Mark als Beihilfe zur Feuerung. Der Verkauf im November 1913 im Hamburger Hof ergab die Einnahme von 12 678,45 Mark. Über die Unterstützung der männlichen Pfleglinge ist mitzuteilen, daß dieselben sich auf 105 Pfleglinge erstreckte.

— **Die Beiratsstelle für entlassene Geisteskranke.** Zur Fortführung der versuchsweise eingerichteten Beiratsstelle für entlassene Geisteskranke hat der Magistrat Berlin 20 000 M nachbewilligt. Dieser Beirat hat sich schon in zahlreichen Fällen gut bewährt.

— **Hilfsverein für entlassene Geisteskranke in Baden.** Unter dem Vorsitz von Geheimerat Schüle-Illenau tagte am 21. Februar im Ministerium des Innern der Ausschuß des badischen Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke. Eine größere Anzahl von Mitgliedern war erschienen, darunter Geh. Oberregierungsrat Arnsperger, zugleich als Vertreter der Großh. Regierung, und Geheimrat Nebe, Direktor des Großh. Verwaltungshofs. Auch wohnte Präsident Geheimrat Dr. Glockner auf besondere Einladung der Sitzung an.

Nach kurzer Begrüßung der erschienenen Mitglieder durch den Vorsitzenden wurde der Bericht über die Tätigkeit im abgelaufenen Jahr erstattet. Die Zahl der Mitglieder wie auch die Höhe der Beiträge ist etwas zurückgegangen. Diese Verluste durch Gewinnung neuer Mitglieder auszugleichen, wird eine der nächsten Aufgaben des Vorstandes sein. Die Hilfe der Vertrauensleute wurde in ausgedehntem Maße in Anspruch genommen. Um das Interesse für die Hilfsvereinssache wach zu halten, ist es unerläßlich, die Vertrauensleute in immer noch höherem Maße zur Mitarbeit heranzuziehen.

Der Rechenschaftsbericht über das Vereinsvermögen brachte ein befriedigendes Resultat. Auch im Berichtsjahr konnte ein kleiner Teil der Einnahmen dem Reservefond zugewiesen werden. An Unterstützungen wurden von den Anstalten und Kliniken 8400 Mark an entlassene Kranke bezw. an Familien von Kranken verteilt; die Zahl der Bedachten beträgt 642. In einigen Fällen dringender Not konnten ansehnliche größere Unterstützungen gewährt werden. Für das Jahr 1914 wurden den Anstalten Emmendingen und Wiesloch je 2000 M, der Klinik Freiburg 1800 M, jener in Heidelberg 1500 M zur Verteilung zugewiesen. Die Quote von Konstanz wurde von 500 M auf 1000 M erhöht. Illenau, das über ein eigenes Stiftungsvermögen verfügt, erhält seinen bisherigen Zuschuß von 300 M, Pforzheim kann seinen Bedarf aus den Ersparnissen der früheren Jahre wieder decken.

Punkt 3 Uhr der Tagesordnung: „Beratung über die weiteren Maßnahmen zur Förderung der Vereinsbestrebungen" nahm einen breiten Raum der Verhandlungen ein. Die lebhafte Diskussion gab den Beweis für das warme Interesse der Ausschußmitglieder an den Bestrebungen und der gedeihlichen Weiterentwicklung des Vereins. Daß die Geisteskrankheiten in besorgniserregender Weise zunehmen, ist allgemein bekannt. In gleichem Maße wie die Bedeutung und Notwendigkeit der staatlichen Fürsorge für diese wächst, nehmen auch die Aufgaben des Vereins zu. Um diese zu erfüllen, ist die Erschließung neuer dauernder Hilfsquellen unerläßlich. Von den Verbänden, die am ehesten dazu berufen sind, die Bestrebungen des Vereins zu unterstützen, stehen viele dem Verein noch fern, so namentlich die Kommunalverbände. Diese für unsere Sache zu interessieren und zu gewinnen, soll eine Hauptaufgabe des Vorstandes sein. Der Vorsitzende beabsichtigt zu diesem Zweck mit einem Zirkular an die Gemeinden heranzutreten und sie zum Beitritt in den Verein einzuladen. Aber auch auf die Gewinnung neuer Mitglieder unter den Privaten durch belehrende Vorträge und Aufsätze in der Presse, hauptsächlich in den Bezirken, in denen der Verein erst wenige Mitglieder zählt, soll das Augenmerk aufs Neue gerichtet sein. Es ist bereits darin ein aktives Vorgehen vereinbart. Künftig sollen zur besseren Verteilung der Unterstützung speziell an bedürftige Durchreisende kleinere Beiträge an die Obmänner der Vertrauensleute ausgehändigt werden, um die augenblickliche dringende Not zu mildern. Im übrigen verbleibt jeder einzelnen Anstalt resp. Klinik die Fürsorge der ihr speziell zugehörigen Kranken wie seither.

Anstaltstechnisches.

— **Eine wichtige Verwaltungsfrage** ist die Auswahl des **täglichen Getränkes**; die Befriedigung von Sonder-

wünschen kompliziert den Küchenbetrieb und verteuert den Einkauf. Darum haben sich die meisten Anstaltsverwaltungen für ein neutrales Getränk entschieden, von dem man verlangt, daß es weder Herz noch Nerven angreift, der Verdauung zuträglich ist, dabei gut schmeckt und günstige Einkaufsmöglichkeiten bietet. Zahlreiche Krankenhäuser, Sanatorien usw. verwenden Kathreiners Malzkaffee, den sie nach langem Suchen für das geeignetste Getränk erklären, denn er enthält keinerlei Reizstoffe, bekommt jedermann und wird sehr gern genommen. Für den Großbedarf in Anstalten stellen die Fabrikanten, Kathreiners Malzkaffee-Fabriken G. m b. H., Berlin SW. 68, besondere Mischungen her, die sich infolge ihrer Ausgiebigkeit sehr rationell verarbeiten. Proben zu Versuchszwecken stehen kostenlos zur Verfügung. Viele Anstalten haben mit gutem Erfolg auch für das Personal Kathreiners Malzkaffee eingeführt, der den großen Vorzug hat, daß er auch kalt sein feines Aroma behält.

— Gebrauchsanweisung für das Sauerstoff-Waschmittel **„Perpentol"**. Der Inhalt eines Päckchens „Perpentol" à 0,15 M. wird im Kochkessel in heißem Wasser unter Umrühren mit einem geeigneten Holz aufgelöst. Es genügt für 25 Liter Wasser. Um die Perpentollauge mehr schäumend zu erhalten, wird in dieselbe ein halbes Stück (1/6 kg) Seife geschnitten (der Seifenzusatz ist aber nicht unbedingt nötig!). Die schmutzige Wäsche wird nun, ohne daß dieselbe vorher eingeweicht zu werden braucht, in die Lauge hineingegeben und eine volle halbe Stunde unter zeitweisem Rühren gekocht. Hierauf wird sie kochend heiß, ohne sie auszuwringen, aus dem Kessel in ein passendes Holzgefäß gebracht, worin man sie einige Stunden oder auch über Nacht (wie es am besten in der Zeit paßt) gut zugedeckt liegen läßt, damit die ihr anhaftende Lauge ihre weitere Wirkung ausübt; dann wird sie aus der noch warmen Lauge leicht herausgewaschen und, nachdem sie ausgewrungen, mit reinem Wasser aufgebrüht und gut ausgeschweift.

Die Wäsche ist schneeweiß, schöner noch als die auf dem Rasen gebleichte, außerdem die Ersparnis an Seife und Soda und somit an Geld sehr groß, die Arbeitszeit wird auf etwa ein Drittel gegenüber der bisherigen veralteten Waschmethode verkürzt und die Wäsche dadurch, daß sie nicht gerumpelt werden braucht, weitmöglichst geschont, so daß sie 1 bis 2 Jahre länger erhalten bleibt.

Farbige Wäsche wird in der schon gebrauchten erwärmten Lauge eingeweicht und nach 1 bis 2 Stunden herausgewaschen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 3. 18. April **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die natürlichen Kohlensäurebäder bei der Behandlung von Neurosen.

Referat für den Schlesischen Bädertag 1913 von Sanitätsrat Dr. **Bauke,** Bad Altheide.

Die ausgezeichneten und unbestrittenen Erfolge, welche die Kohlensäurebäder bei der Behandlung von Herzkrankheiten erzielen, haben diese Badeform zu einem unentbehrlichen und maßgebenden Faktor in der gesamten, modernen Balneotherapie gemacht. Allerdings haben exakte Forschungen und klinische Prüfungen die Indikationsstellung der Kohlensäurebäder-Behandlung mit der Zeit etwas schärfer begrenzen lassen.

Wir wissen jetzt, daß manche Herzleidende mit schwerer Insuffizienz des Herzmuskels und Arteriosklerotiker mit hohem Blutdruck und Neigung zu stenokardischen Anfällen nicht ins Kohlensäurebad gehören. Wir haben aber auch die augenscheinlichen Erfolge kennen gelernt, welche durch Kohlensäurebäder, besonders in Oeynhausen, bei der Behandlung organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems erzielt wurden. Wenn nun auch in neuerer Zeit immer wieder Stimmen laut werden, welche vor der Anwendung dieser Bäder bei Nervenkrankheiten und besonders bei den funktionellen Neurosen warnen, so kann ich dem nicht beipflichten. Ich gebe zu, daß ich selbst in einer langjährigen Anstaltstätigkeit bei der Verabfolgung von Kohlensäurebädern an Nervenkranke in einzelnen Fällen ungünstige Resultate gesehen habe. Seitdem ich aber in der Lage bin, anstatt der bisher von mir verwendeten künstlichen Kohlensäurebäder nur noch die natürlichen kohlensäurehaltigen Bäder zu verordnen, wie sie z. B. unsere Altheider Sprudel in ganz vorzüglicher Qualität liefern, habe ich derartige Fehlerfolge nicht mehr beobachtet. Daß diese Bäder gerade bei allen funktionellen Erkrankungen des Zentralnervensystems einen außerordentlich wertvollen Teil unseres therapeutischen Rüstzeuges bilden, lehrt uns nicht nur die Erfahrung; die Tatsache wird uns auch verständlich, wenn wir uns die Art und Weise der Wirkung der Kohlensäurebäder und ferner das Wesen der hier in Rede stehenden Krankheitsformen vergegenwärtigen.

Über die physiologische Wirkung der Kohlensäurebäder ist soviel geschrieben worden, daß ich mich auf die notwendigsten Angaben beschränken kann.

Allgemein wird zugegeben, daß das kohlensäurehaltige Bad ein ausgesprochenes Herz- und Vasomotoren-Mittel ist und eine mächtige Anregung für die Nerven und Blutgefäße der Haut gibt. Wie diese Wirkung zustande kommt, darüber gehen die Meinungen auseinander; nur soviel steht fest, daß der Hauptfaktor der Wirkung thermischer, also physikalischer Natur ist, während die spezifischen Eigenschaften des Kohlensäuregases als ein wesentlich unterstützendes Moment zur Geltung kommen. Ich teile die Ansicht der Autoren, welche als wirksames Agens im Kohlensäurebad einen auf den verschiedenen Indifferenzpunkten des Wassers und des Kohlensäuregases beruhenden thermischen Kontrastreiz annehmen. Daß der direkte Einfluß der



Kohlensäure dabei eine gewichtige Rolle spielt, ist zweifellos. Ob dieser Einfluß chemischer oder physikalischer Natur ist, auf eine perkutane Einwirkung auf die Nervenendapparate der Haut oder auch auf die Einatmung von Kohlensäuregas zurückzuführen ist, können wir dahingestellt sein lassen. Sicher ist, daß in anderen gashaltigen Bädern, z. B. den Sauerstoff- und Luftperl-Bädern, unter sonst gleichen Verhältnissen die spezifische Wirkung der Kohlensäurebäder, die Temperatursinnesnerven zu reizen, teilweise oder gänzlich ausbleibt. Der thermische Reiz ist also, wie im einfachen Wasserbad, so auch im Kohlensäurebad der Hauptgrund für dessen Wirkung; doch können wir in letzterem einen viel ausgiebigeren Gebrauch davon machen, ohne, wie im gewöhnlichen Bad, Frostgefühle oder dergleichen befürchten zu müssen. Deshalb können wir auch beim Kohlensäurebad ohne Bedenken unter die Indifferenzzone, welche bei 34 bis 36° C liegt, heruntergehen und sind so in der Lage, nach der jeweiligen Indikation entweder eine schonende oder übende Beeinflussung des Herzens und der Vasomotoren vornehmen zu können.

Die therapeutisch gut wirksamen Kohlensäurebäder liegen unter der Indifferenzgrenze und die direkten Wirkungen eines solchen kühlen Kohlensäurebades sind kurz folgende: Wir sehen unter seinem Einfluß das Herz zu verstärkter Tätigkeit angeregt, sein Schlag- und Minutenvolumen vergrößert, den Blutdruck gesteigert, die Pulsfrequenz verlangsamt und die Atmung vertieft. Die Kapillaren der Haut erweitern sich — die Haut wird rot —, die Arterien der Peripherie verengern sich, während die Gefäße im Innern des Körpers, z. B. im Gebiet des Splanchnikus und der Zentralorgane, sich erweitern. Es wird also nicht nur die Blutzirkulation angeregt, sondern auch die Blutverteilung im Körper in günstigem Sinne beeinflußt, insofern die inneren, lebenswichtigen Gefäßgebiete relativ mehr Blut erhalten als die peripheren der Haut und Muskulatur. Darauf beruht auch das angenehme subjektive Gefühl der Erleichterung, welches sich nach jedem richtig dosierten und temperierten Bade einstellt und durch die kapilläre Hyperämie der Haut und das dadurch bedingte wohlige Wärmegefühl noch erhöht wird. Wenn wir weiter bedenken, daß bei differenten Temperaturen die unzähligen Gasperlen, welche sich an die Haut des Badenden ansetzen, diesen wie mit einem schützenden Mantel umgeben, so wird uns die Tatsache verständlich, daß kühle Kohlensäurebäder zumal von Nervenkranken besser vertragen werden als gleichtemperierte einfache Wasserbäder. Mit der funktionellen Anregung der Hautnerven geht Hand in Hand die vasomotorische Beeinflussung des gesamten Nervensystems, eine Steigerung der chemischen Prozesse im Körper und des ganzen Stoffwechsels.

Wir besitzen demnach in den Kohlensäurebädern ein ganz vorzügliches Mittel, nicht nur das Herz und Gefäßsystem zu üben und zu kräftigen — bezeichnet doch Schott mit Recht das Kohlensäurebad als eine „Turnstunde für das Herz" —, sondern auch die Blutbeschaffenheit und Ernährung des ganzen Körpers zu heben.

Gerade dadurch eignen sich aber die Kohlensäurebäder in so hervorragender Weise zur Behandlung aller Neurosen.

Fast alle funktionellen Erkrankungen des Zentralnervensystems sind bekanntlich mit Ernährungsstörungen, mangelhafter Blutmischung und Blutzirkulation verbunden oder dadurch verursacht. Denn nur von der rechtzeitigen und ausgiebigen Versorgung mit gesundem Blut ist das ganze Nervensystem, und damit alle lebenswichtigen, inneren Organe, in ihrer normalen *Funktion* abhängig. Ist das Nervensystem reizbar und geschwächt, dann leidet zunächst auch die exakte Tätigkeit des Herzens und der Vasomotoren.

So liegt die Möglichkeit einer perniziösen Wechselwirkung zwischen funktionellen Störungen des Nervensystems und mangelhafter Herztätigkeit auf der Hand. Es ist unzweifelhaft, daß z. B. manche Emotionsneurosen mit Vorliebe auf dem Boden kardio-vaskulärer Schwäche, also einer primär neurasthenischen Störung entstehen. Und daß viele Herzkranke zugleich nervenleidend sind, ist eine allbekannte Tatsache. Es mögen dabei psychische Momente mitsprechen, das Bewußtsein „herzkrank" zu sein, auf viele prädisponierte Kranke verstimmend einwirken. Jedenfalls ist aber fast allen Herzleidenden gemeinsam die Neigung zu Stimmungsanomalien, Angstgefühlen, Schlaflosigkeit, sowie allerhand Sensationen und Parästhesien.

Mit Recht wies Lilienstein auf dem letzten Kongreß deutscher Nervenärzte auf das häufige Vorkommen von Psychoneurosen bei Herzkranken hin und betonte, daß als Ursache dafür besondere Stauungen im Gehirn in Betracht kämen. — Auch die Trennung nervöser und organischer Herzsymptome ist nicht immer leicht. Subjektive

Beschwerden, Frequenzstörungen, Unregelmäßigkeiten, ja Vergrößerungen des Herzens sind bekanntlich nicht immer organischen Ursprungs. Wir haben auch hierbei oft ein gemischtes Krankheitsbild, wennschon wir eine ganze Reihe klinisch selbständiger Herz- und Gefäß-Neurosen kennen. — Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß so oft von „Herz-Neurosen" gesprochen wird, wo mit viel größerer Berechtigung eine „Angioneurose", eine nervöse Affektion des arteriellen Gefäßsystems, des sogenannten „Gefäßherzens", angenommen werden muß. Diese Bezeichnung „Gefäßherz" ist durchaus logisch. Das ganze Schlagadersystem besitzt Muskulatur, deren Tätigkeit ähnlich der des Herzens, durch Ausdehnung und Zusammenziehung wesentlich dazu beiträgt, die durch die Pumpwirkung des Herzens hervorgerufene Druckdifferenz im gesamten Gefäßsystem und den dadurch bedingten Kreislauf des Blutes zu erhalten und zu fördern. Ein Mittel also, wie es das Kohlensäurebad für die Vasomotoren und das Herz ist, muß in gleicher Weise auch auf deren Innervationszentren wirken und auf das Nervensystem einen umstimmenden, kräftigenden und beruhigenden Einfluß ausüben können. Und dem entsprechen auch in der Tat die Erfahrungen und Beobachtungen, welche wir fortgesetzt bei der Behandlung der Neurosen machen. Freilich kommt es gerade bei diesen Krankheitsformen darauf an, daß eine geübte und feste Hand die ärztliche Leitung der Kur übernimmt. Das Gebiet der Psychoneurosen, dieser Tummelplatz aller mystischen Heilbestrebungen und Kurpfuschereien, ist oft ein schwieriges Arbeitsfeld für den Therapeuten. Zumal bei der Neurasthenie, Hysterie und den traumatischen Neurosen beruht der Erfolg der Behandlung neben allgemeiner Kräftigung oft auf der psychischen Beeinflussung der Kranken. Die besten Bäder, der schönste Badeort sind wirkungslos, wenn das Vertrauen des Patienten zum Arzt oder zur eingeleiteten Kur fehlt, wenn es nicht gelingt, etwaige hypochondrische Vorstellungen und Autosuggestionen wirksam zu bekämpfen. Auf der anderen Seite aber sind die funktionellen Neurosen nach dem Urteil aller Kliniker und Praktiker wie keine andere Krankheit geeignet, bei balneotherapeutischen Anwendungen die günstigsten Resultate zu erzielen.

Berücksichtigen wir deshalb bei der Behandlung von Nervenkranken, daß wir es mit besonders empfindlichen, suggestiblen und reizbaren Patienten zu tun haben, und daß andererseits Kohlensäurebäder keine indifferenten Bäder sind und fortwährend erneuter Indikationsstellung betreffend Zeit, Temperatur und Kohlensäuregehalt bedürfen, so werden uns Enttäuschungen sicher erspart bleiben.

Zunächst ist es bei allen Nervenkrankheiten ratsam, möglichst nach dem Prinzip der Schonung zu verfahren und erst allmählich zu einer die Nerven übenden und kräftigenden Therapie überzugehen. Wir müssen also die Neurotiker an allmählich abgestufte Reize gewöhnen. Deshalb beginnen wir bei einer Badekur entweder mit einfachen Süßwasserbädern von 34 bis 35°, denen man auch Badesalz oder Badeessenz zusetzen kann, oder wir mischen das kohlensäurehaltige Quellwasser zur Hälfte mit einfachem Süßwasser. Anfangs wähle man als Badedauer 5 bis 10 Minuten und lasse nur einen um den anderen Tag baden; doch wird es sich in manchen Fällen empfehlen, diese Badekur mit anderen an den badefreien Tagen vorzunehmenden hydriatischen Prozeduren, kurzen, lauen Waschungen mit Neurogen-Wasser, lauen Halb- und Sitzbädern, zu kombinieren. Unter steter Kontrolle des Allgemeinbefindens, des Schlafes, von Puls und Blutdruck kann man dann häufiger baden lassen, den Kohlensäuregehalt des Bades steigern, die Temperatur von zwei zu zwei Bädern um 1/2 bis 1° herabsetzen und die Dauer des Bades auf 10 bis 12 Minuten ausdehnen. Nach meiner Erfahrung kann man getrost in einzelnen Fällen bis auf 30, 28, ja 26° C in der Temperatur heruntergehen; doch wird man im allgemeinen mit 32 bis 30° C als Temperatur-Optimum auskommen. Diese weitaus wirksameren Temperaturgrade werden selbst von entkräfteten, wärmebedürftigen und schwächlichen Patienten vermöge der spezifischen Kohlensäurewirkung ausgezeichnet vertragen und viel angenehmer empfunden als gleichkühle Süßwasser- oder andere gashaltige Bäder. Nenadovics-Franzensbad empfiehlt sogar die von ihm eingeführten Kohlensäurebäder mit indirekter Abkühlung, die er selbst als die stärkste Badeart bezeichnet, besonders bei der Behandlung von Herz-Neurosen mit Pulsbeschleunigung, Extrasystolen, sowie für Basedow-Herzen.

Man wird aber doch gut tun, gerade bei nervösen Patienten, auch wenn die stärksten Bäder anscheinend gut vertragen werden, sich nicht nur auf die subjektiven Angaben zu verlassen. Es ist oft nötig, sich auch durch objektive Kontrolle von Puls, Blutdruck, Blutbeschaffenheit und Körpergewicht von der gleichmäßig fortschreitenden Besserung und Kräftigung zu überzeugen und nicht ohne Grund zu den extremsten Temperaturen und Badeformen herunter zu gehen. Mit großer Vorsicht sind jedenfalls die, auch bei uns in Altheide einge-



richteten, Sprudelstrombäder mit ununterbrochen zuströmendem Kohlensäure-Quellwasser zu verwenden, da diese sogenannten „Sektbäder" doch eine sehr intensive, wenn auch äußerlich bestechende Reizwirkung setzen.

Während nun von manchen Seiten behauptet wird, daß gerade die naturwarmen sog. Thermal-Sol-Sprudelbäder wegen ihrer größtmöglichen Abstufbarkeit sich besonders für nervös reizbare Patienten eignen, möchte ich im Gegenteil betonen, daß gerade die kohlensauren Stahlquellen, wie wir sie in einem Teil unserer schlesischen Badeorte zur Verfügung haben, in hervorragend günstiger Weise auf Nervenkranke wirken. So eignen sie sich vor allen Dingen für alle die funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, welche auf Anämie und Ernährungsstörungen beruhen, um so mehr, wenn mit der Badekur eine Trinkkur der Eisenwässer verbunden wird. Auch Kisch gibt an, daß „die Wirkung der Stahlbäder in erster Linie auf das Nervensystem steht"; als weiteres läßt sich aber, wie die Flechsig'schen Untersuchungen erwiesen haben, ein deutlich fördernder Einfluß auf den Stoffwechsel und die Ernährungsvorgänge nachweisen. Auch Lehmann schreibt dem Eisengehalt der kohlensäurehaltigen Stahlbäder eine besondere Anregung für die nutritiven Verhältnisse der Hautgefäße und Nerven zu, in dem Sinne, daß sie der bei der Anämie vorhandenen Schlaflosigkeit und dem Mangel an Tonus der Gewebe entgegenwirken.

Wie verhalten sich nun die künstlichen gashaltigen Bäder zu unseren natürlichen Kohlensäurebädern?

Man hat wiederholt versucht, z. B. die in neuerer Zeit gerade für Herz- und Nervenkrankheiten so sehr empfohlenen Sauerstoffbäder als unseren natürlichen Kohlensäurebädern gleichwertig hinzustellen. Demgegenüber hat aber erst kürzlich Scholz mit Recht darauf hingewiesen, daß beide Badeformen recht ungleichartige Wirkungen und damit auch ein verschiedenes Indikationsgebiet haben. Genaue Untersuchungen haben festgestellt, daß das Temperatur-Optimum für Sauerstoffbäder bei 34—35°, bei natürlichen Kohlensäurebädern dagegen bei 30—32° liegt. Während kühle Kohlensäurebäder den Blutdruck erhöhen, sinkt dieser in Sauerstoffbädern. Überhaupt ist der Effekt eines Sauerstoffbades ein viel geringerer, es wirkt schwächer als ein Kohlensäurebad; auch fehlt jenem die kapilläre Hyperämie, die nur den Kohlensäurebädern eigentümliche, reaktive Rötung der Haut. Sicher z. B. ist, daß die Irregularität des Pulses entschieden günstiger durch Kohlensäurebäder als durch Sauerstoffbäder beeinflußt wird. Wenn letztere deshalb bei manchen Fällen von Arteriosklerose mit hohem Blutdruck eher als Kohlensäurebäder indiziert sind, so vermögen sie doch nicht in gleichwertiger Weise bei allen Schwächezuständen und Funktionsstörungen des Herzens und des Gefäß-Nervensystems zu wirken. Immerhin läßt sich nicht leugnen, daß auch Sauerstoffbäder einen nervenberuhigenden und schlaffördernden Einfluß haben können, auch ist eine Verminderung der Zahl und Verbesserung der Qualität des Pulses nachzuweisen. In diesem Sinne haben denn auch die Sauerstoffbäder ihr berechtigtes Anwendungsgebiet und eignen sich in vielen Fällen zur Vornahme von Haus- und Nachkuren besser als die ebenfalls auf künstliche Weise hergestellten Kohlensäurebäder.

Daß aber gerade den verschiedenen, als Ersatz der natürlichen Heilquellen angepriesenen, künstlichen Kohlensäurebädern eine mehr oder weniger große Zahl von Mängeln anhaften, ist nicht zu bestreiten. Machen doch wir Badeärzte immer wieder die Erfahrung, daß Patienten, welche künstliche Kohlensäurebäder nicht vertragen haben, die natürlichen mit bestem Nutzen nehmen. Schon die Verschiedenheit des Gehaltes an freier und gebundener Kohlensäure gibt den künstlichen Bädern eine besondere Stellung gegenüber den natürlichen. Es ist ein Verdienst von Beerwald, zuerst mit Nachdruck auf die Verschiedenheit der beiden Badearten hingewiesen zu haben. Er stellte in Gemeinschaft mit dem Chemiker v. d. Heide durch exakte Untersuchungen fest, daß die Verteilung der Kohlensäure in den künstlichen Bädern eine außerordentlich ungleichmäßige ist, gegenüber den natürlichen, und daß in ersteren das Gas sehr schnell, manchmal in stürmischer Weise aus dem Wasser entweicht. Es leuchtet auch ohne Weiteres ein, daß eine viel gleichmäßigere Entwickelung der Kohlensäure-Gasperlen ermöglicht wird, wenn das Gas sich in natürlicher Verbindung im Badewasser befindet, und nur die Körperwärme des badenden Körpers Kohlensäure frei macht, als wenn ein Mischungsprozeß von verschiedenen chemischen Ingredienzien im Badewasser dies bewirkt oder das freie Gas dem Badewasser erst während des Bades zugesetzt wird. Ferner wies Beerwald nach, daß bei den künstlichen Kohlensäurebädern in der auf dem Badewasser in



einer Höhe bis 6 cm, also in der Mundhöhe des Badenden vorhandenen Luft schon nach 5 Minuten der Kohlensäure-Gasgehalt 7,5%, nach 20 Minuten über 17% betrug, während er beim natürlichen Bad noch nicht 1% erreichte. Es ist also bei künstlichen Bädern viel schwerer, die unerwünschte und schädliche Einatmung von Kohlensäuregas-Mengen zu verhüten. Auch die in einzelnen Fällen beliebte Verwendung von Säuren bei der Zubereitung künstlicher Bäder ist für die Badewirkung von zweifelhaftem Einfluß.

Aus allen diesen Gründen erklären sich zur Genüge die üblen Erfahrungen mit künstlichen Kohlensäurebädern und machen es verständlich, wenn Patienten danach über Kopfschmerz, Benommenheit und Schwindelgefühle klagen.

Es soll nicht bestritten werden, daß man auch mit künstlichen Kohlensäurebädern, wenn man sie vorsichtig dosiert und richtig variiert, bei Kreislaufstörungen Gutes schaffen kann, und man wird auch sie als Ersatzmittel, als Notbehelf zu Hauskuren in vielen Fällen nicht entbehren können. Aber ganz abgesehen davon, daß man einige Badeformen, z. B. die Sprudel-Strombäder, künstlich nicht herstellen kann, so sind doch selbst bei gleichen äußeren Verhältnissen die künstlichen Bäder den natürlichen nicht gleichwertig. Schließlich wird man immer für Nervenkranke die Vornahme einer Badekur an einem Badeort mit natürlichen Kohlensäurebädern vorziehen. Denn gerade für diese Kranken ist die Entfernung aus der Häuslichkeit und die Translokation an einen Kurort mit richtigen Aufenthaltsbedingungen und allen erforderlichen Kurmitteln besonders angezeigt.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**, Oberarzt an der Universitätsklinik Göttingen.

I. Strafgesetzbuch.

§§ 48, 55.

Ob es richtig war, das unter 12 Jahre alte Kind lediglich wegen seiner Strafunmündigkeit als Werkzeug anzusehen, wie vielfach in der Literatur vertreten wird, kann dahingestellt bleiben. Denn auch, wenn § 55 StGB. nur die gesetzliche Unverfolgbarkeit der im strafunmündigen Lebensalter befindlichen Personen bestimmt und auch ein Kind unter 12 Jahren an sich schuldhaft und zurechenbar ein objektiv widerrechtliches Verfahren betätigen kann (RG. Bd. 4 S. 308; RGSt. Bd. 6 S. 186, 336, Bd. 19 S. 192), vorliegendenfalls aber der festgestellte Umstand, daß das Kind sich gegen die Zumutung, Geld zu entwenden, sträubt und Bedenken äußert, erkennen läßt, daß sie sich des Unrechts ihres Tuns auch bewußt war, so würde die Angeklagte sich solchenfalls der Anstiftung nach § 48 StGB. zu dem von dem Kinde begangenen Diebstahl schuldig gemacht haben. (RG. IV, 30. Mai 1913.)

D. R.[1]) Entsch. Nr. 1950.

§ 51.

Der Begriff „krankhafte Störung der Geistestätigkeit" ist ein weiterer als derjenige der Geisteskrankheit. (RMG. II, 20. Juli 1910.)

Jahrb.[2]) 1912 S. 17.

§ 141.

Wenn ein desertierter Soldat geisteskrank ist, so können die Beihelfer zu seiner Fahnenflucht zwar nicht wegen vollendeter, wohl aber wegen versuchter Beförderung der Fahnenflucht strafbar sein. (RG. II, 8. Oktober 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 2017.

§ 156.

Wenn das Gericht der Meinung war, daß der Angeklagte wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung habe, so hätte es der Frage näher treten müssen, ob eine strafrechtlich wirksame eidesstattliche Versicherung vorliegt. Ein von solcher Person geleisteter Eid ist wirkungslos und ungeeignet, den Schwörenden wegen Verletzung der Eidespflicht strafrechtlich verantwortlich zu machen. Eine Änderung dieses Rechtsgrundsatzes, der sich in gleicher Weise auf die Abgabe eidesstattlicher Versicherungen bezieht (RGSt. Bd. 28 S. 87), ist auch durch die Entscheidung der vereinigten Strafsenate vom

[1]) Das Recht.

[2]) Jahrbuch des Strafrechts.



23. Mai 1903 (RGSt. Bd. 36 S. 278) nicht eingetreten. (RG. III, 18. September 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 2812.

§ 163.

Fahrlässigkeit i. S. der §§ 154, 163 StGB. erfordert ein pflichtwidriges Verhalten des Schwörenden, das ihn dazu gebracht hat, die Unwahrheit statt der Wahrheit eidlich zu erhärten. Die Versicherung des Zeugen, daß er nach bestem Wissen die reine Wahrheit sagen werde oder gesagt habe, schließt die Verpflichtung des Zeugen in sich, neben der Kraft des eigenen Gedächtnisses alle ihm zu Gebote stehenden Mittel zur Unterstützung des Gedächtnisses zu benutzen und sich so um die Erforschung der objektiven Wahrheit zu bemühen. Die Außerachtlassung dieser Verpflichtung stellt eine Fahrlässigkeit insbesondere auch dann dar, wenn der Schwörende ein schwaches Gedächtnis hat und ihm das bekannt war. (RMG. I, 28. Dezember 1911.)

Jahrb. 1912 S. 35.

§ 175.

Irrig ist die Meinung, nur die Absicht, durch die beischlafsähnliche Handlung den Geschlechtstrieb zu befriedigen, nicht auch die, ihn bloß zu erregen, erfülle den inneren Tatbestand des § 175 StGB. Es genügt, daß die beischlafsähnliche Handlung überhaupt ein Ausfluß des Geschlechtstriebes ist und darauf abzielt, durch ihre Vornahme in dem Handelnden wollüstige Empfindungen hervorzurufen. (RG. I, 30. Januar 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 783.

§ 175.

Nach den Feststellungen hat der Angeklagte seinen eigenen und den Geschlechtsteil des 16 jährigen R., welche beide entblößt und erregt waren, der Länge nach mit der Hand erfaßt und sie längere Zeit zu wiederholten Malen aneinandergedrückt. Dabei war die beiderseitige Stellung genau diejenige, bei der im Stehen der wirkliche Beischlaf ausgeübt wird. Die Strafkammer erachtet hierdurch den Tatbestand des § 175 StGB. erfüllt, weil der Angeklagte mit seinem Tun auf Befriedigung seiner Geschlechtslust abzielte und schon die einfache Berührung der männlichen Glieder, „geschweige denn" das hier ausgeführte Aneinanderbringen mit wiederholtem Aneinanderdrücken, als widernatürliche Unzucht zu gelten habe. Diese Auffassung ist indessen rechtsirrig. Wie das RG. in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, gehört zum Begriff der widernatürlichen Unzucht gemäß § 175 StGB. die Vornahme einer der naturwidrigen Befriedigung des Geschlechtstriebes dienenden, dem natürlichen Beischlafe ähnlichen Handlung (vgl. RGSt. 34, 245 und die dort bezeichneten Urteile), und der erkennende Senat hat ausgesprochen, daß eine Beischlafsähnlichkeit beim Verkehr unter Mannspersonen nur da vorliegt, wo die eine bei beischlafsähnlichem Gebrauche des männlichen Gliedes den Körper der anderen mit dem Gliede berührt hat (vgl. RGSt. 36, 32). Danach ist also nicht schon jedwedes zwischen zwei Männern bewirkte einfache Sichberühren der beiderseitigen Geschlechtsteile ohne weiteres, sondern erst dann eine beischlafsähnliche Handlung, wenn mindestens das eine Glied ähnlich wie bei der natürlichen Beischlafsvollziehung z. B. durch Reiben an dem Körper des anderen oder Dagegenstoßen verwendet wird. Ein solcher Gebrauch ist vom ersten Richter auch dadurch nicht festgestellt, daß der Angeklagte die beiden erregten Glieder mit seiner Hand zusammengebracht und mehrfach aneinander gedrückt hat, und zwar um so weniger, als eine beschlafsähnliche Verbindung oder Vereinigung zweier männlicher Geschlechtsteile miteinander der Natur der Sache nach von vornherein ausgeschlossen ist. Das bisher für erwiesen erachtete Gebahren des Angeklagten liegt daher bloß auf onanistischem Gebiet, das von der Strafdrohung des § 175 a. a. O. nicht mitumfaßt wird (vgl. RGSt. 6, 211; RG. Rspr. 4, 493). Soweit die Strafkammer etwa darauf Gewicht gelegt haben sollte, daß die Beteiligten genau die gleiche Stellung wie bei einem zwischen Mann und Weib im Stehen ausgeübten Beischlaf eingenommen haben, so würde auch dieser Umstand die vorstehenden Darlegungen nicht zu beeinflussen vermögen, da hierdurch allein eine an sich nicht beischlafsähnliche Handlung niemals in ihr Gegenteil verwandelt werden kann. Hiernach war das angefochtene Urteil aufzuheben, und zwar ohne daß es eines Eingehens auf die übrigens unbegründeten Prozeßbeschwerden bedurfte. Dagegen war dem Antrag des Beschwerdeführers auf sofortige Freisprechung nicht stattzugeben, da der richtigen Rechtsauffassung genügende Feststellungen bei erneuter Verhandlung nicht ausgeschlossen erscheinen und auch im Fall der noch möglichen Stellung eines Strafantrages durch den gesetzlichen Vertreter des erst 17 jährigen R. die Anwendbarkeit des § 185 StGB. unter Berücksichtigung der in RGSt. 29, 398 (vgl. auch Bd. 41 S. 392) ausgesprochenen Grundsätze zu prüfen bliebe. (Urt. d. IV. Sen. v. 18. April 1913.) J. W.[3]) 1913 Nr. 17 S. 935.

§ 175.

Ohne Rechtsirrtum konnte das Gericht eine bei-

[3]) Juristische Wochenschrift.

schlafsähnliche Verbindung der beiden Körper darin finden, daß der Angeklagte eine männliche Person an sich gedrückt, die beiden entblößten Glieder aneinandergepreßt und dann auf Samenerguß abzielende Handlungen vorgenommen hat. RGSt. Bd. 1 S. 395, Bd. 6 S. 211 und Bd. 36 S. 32 stehen nicht entgegen. (RG. I, 30. Oktober 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 3200.

§ 176 Nr. 3.

Die Revision der Staatsanwaltschaft muß an den tatsächlichen Feststellungen der Strafkammer in Ansehung des inneren Tatbestandes des dem Angeklagten zur Last gelegten Verbrechens scheitern. In der Urteilsbegründung ist ausdrücklich erwähnt, daß zum Begriff der unzüchtigen Handlung eine Berührung des entblößten Körpers nicht gehöre. Es kann daher nicht angenommen werden, daß die Strafkammer von der irrigen Anschauung ausgegangen sein sollte, es sei erforderlich, daß die Handlungen sich gegen die Geschlechtsteile oder gegen den entblößten Körper richteten. Die Erwähnung, daß letzteres nicht geschehen sei, hat vielmehr erkennbar nur die Bedeutung eines im Zusammenhang mit den anderen hervorgehobenen tatsächlichen Momenten stehenden tatsächlichen Beweisgrundes für die Annahme, daß der Angeklagte nicht in wollüstiger Absicht gehandelt habe. Es fehlt im Strafkammerurteil auch nicht an einer Darlegung, in welcher anderen Weise das Verhalten des Angeklagten sich erklären lasse. Die Strafkammer findet die Erklärung darin, daß der Angeklagte aus Nervenüberreizung „unbewußt" die Handlungen vorgenommen habe. Damit ist nicht ein die freie Willensbestimmung ausschließender Zustand im Sinne des § 51 StGB. gemeint; vielmehr ist damit — entsprechend der Verteidigung des Angeklagten — zum Ausdruck gebracht, daß er die Handlungen vorgenommen habe, ohne sich infolge des Zustandes der Nervenüberreizung, in dem er sich befand, in subjektiver Richtung dessen bewußt gewesen zu sein, daß objektiv sich die Handlungen als solche im Sinne des § 176 Nr. 3 StGB. darstellten. Die Richtigkeit dieser dem tatsächlichen Gebiet angehörenden Annahme ist in der Revisionsinstanz nicht anfechtbar und daher nicht zu prüfen. Es kann auch nicht anerkannt werden, daß die Urteilsbegründung Widersprüche enthielte, welche den Bestand des Urteils beeinträchtigten. Daß der Angeklagte den Mädchen in einer seinem ganzen Naturell entsprechenden täppischen und ungeschickten Art auf die blanken Knie geklopft und dabei unter die Röcke der Kinder geraten sein möge, ist eine Annahme, welche der mit den Schulverhältnissen in B. vertraute Hauptlehrer ausgesprochen hat. Die Strafkammer bezeichnete diese Annahme als unwahrscheinlich, aber immerhin möglich. Hiermit stehen die Feststellungen der Strafkammer, wonach der Angeklagte den Mädchen in der im Urteil geschilderten Weise an das Bein bezw. unter die Röcke „gegriffen" habe, nicht im Widerspruch. Denn wenn die Strafkammer die Annahme des Hauptlehrers auch als möglich hinstellt, geht sie selbst doch davon aus, daß der Angeklagte nicht etwa aus Versehen den Mädchen mit der Hand unter die Röcke gefahren ist, sondern dies absichtlich getan hat. Sie verneint nur in subjektiver Beziehung, daß er die Handlungen vorsätzlich als unzüchtige vorgenommen habe. (Urt. d. IV. Sen. v. 2. Mai 1913.)

J. W. 1913 Nr. 17 S. 936.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht über den Internationalen Irrenfürsorge-Kongreß in Moskau.** Vom 8. bis 13. Januar 1914. (Fortsetzung.)

In St. Petersburg selbst hatte ich auf kollegiale Empfehlung hin noch Gelegenheit, eine nicht in dem Besuchsprogramm vorgesehene Aufnahmeanstalt zu besichtigen, Nikolai tschudowtworez, die unter Leitung von Dr. Ochotjinsky in einem riesigen Korridorbau untergebracht ist, der ursprünglich für 300 Häftlinge bestimmt war und nunmehr über 1200 Kranke faßt. Daß dadurch eine kolossale Überfüllung hervorgerufen wird, liegt auf der Hand. Aber es besteht eben der Brauch, daß die Aufnahmeanstalt alle Fälle aufnehmen muß, die ihr überwiesen werden, während die ländlichen Anstalten sich nur nach ihren Vakanzen Kranke überführen lassen; vernünftigerweise sollte gerade die Aufnahmeanstalt den Numerus clausus besitzen, in dem Sinne, daß sie wohl jeden neuen Fall aufnehmen muß, aber dafür die entsprechende Zahl von Überführungen in die ländlichen Anstalten verlangen kann; sie hat ja dann angesichts der akuten Fälle immer noch die größere Arbeit. Aber jenes Mißverhältnis, das die Aufnahmeanstalt in eine drückende Lage versetzt, besteht leider auch in Deutschland an manchen Orten. Es ist kein Wunder, wenn jene Anstalt fast in allen Abteilungen außerordentlich überfüllte Räume hat, so daß man sich mühsam mit Matratzen, die nachts in die Korridore gelegt werden, durchhelfen muß. Solche Bodenmatratzen sind uns ja freilich in Deutschland und auch in Österreich-Ungarn nichts ganz Unbekanntes. Der Geruch ist in den ziemlich niedrigen und derart überfüllten Räumen selbstverständlich recht intensiv. Mehrere Zellen mit



Betten sind in Betrieb, daneben vereinzelt auch sogenannte „strenge Zellen" ohne Betten. Hier und da wird ein erregter Kranker über Nacht mit Tüchern etwas fixiert. Die Betten sind bei den Unruhigen am Boden befestigt. Ein oder zwei Kranke tragen auch noch das sogenannte „Kamsol", eine leichte Leinenjacke mit rücklings verbundenen Ärmeln. Die kriminelle Abteilung hat 32 Insassen und 8 Pfleger. In der Unruhigen-Abteilung kommt ein Pfleger auf drei Kranke. Selbstzahlende Kranke geben monatlich 30 Rubel, Pensionäre 50 Rubel, worauf sie wohl besseres Essen bekommen, aber dieselben Räume mit den anderen teilen müssen. Ärztliche Versorgung ist, wie überhaupt in den russischen Anstalten, recht intensiv: auf einen Arzt nicht viel mehr als 50 Kranke. Übrigens funktionieren darunter eine große Anzahl Ärztinnen, sowohl auf den Frauen- wie auch auf den Männerabteilungen.

Zu der Anstalt gehören noch einige Dependancen von ungefähr 600 Kranken. Offensichtlich erklärt sich der Unterschied dieser Anstalt von den oben geschilderten lediglich aus den alten baulichen Einrichtungen und der drückenden Überfüllung.

Es ist zweifellos, daß die Erwartungen, mit denen wohl die meisten ausländischen Ärzte an die Irrenfürsorgeeinrichtungen Rußlands herantreten, von dem wirklich Dargebotenen weitaus übertroffen werden. In der Tat sind vor allem die Organe der Selbstverwaltung, die Städte und Semstwos, ernstlich bestrebt, dem Vorbild der übrigen Kulturstaaten nachzukommen. Insbesondere muß man betonen, daß die russischen Ärzte mit Eifer und Geschick die Prinzipien einer modernen Irrenpflege zu verwirklichen trachten, und daß in dieser Hinsicht selbst in adaptierten Gebäuden sehr Tüchtiges geleistet wird. Vor allem sind die modernen deutschen Anstalten Vorbild der russischen neuen Anstaltsgründungen geworden, in erster Linie Altscherbitz und Uchtspringe; letzteres erfreut sich in Rußland besonders hohen Ansehens, sind doch auch seine irrenärztlichen Fortbildungskurse vielfach von russischen Psychiatern besucht worden.

Von den besonderen Vorzügen des russischen Irrenwesens seien folgende hervorgehoben: Die Zahl der Ärzte ist fast allgemein verhältnismäßig recht groß. Man rechnet gewöhnlich auf 100 Kranke einen Arzt, manchmal aber noch auf viel weniger. Gelegentlich findet man sogar einen Arzt auf 50 Kranke, auch in den außerordentlich stark überfüllten Anstalten wie Nikolaitschudowtworez ist die Ärztezahl der hohen Krankenzahl entsprechend groß.

Ganz besonders günstig ist die Proportion der Pflegerzahl zur Krankenzahl. Wenn auch nicht überall so glänzende Verhältnisse sind wie in der militärischen Anstalt zu St. Petersburg, wo 70 Pfleger und zahlreiche Oberpflegepersonen für 150 Kranke bereitstehen, so trifft man doch vielfach das Verhältnis von 1:5 oder auch 1:4. Das Pflegepersonal macht einen ruhigen, geduldigen und dabei recht anstelligen Eindruck. Die Löhne sind bescheidener als in unseren großen Anstalten, obwohl das Leben in Rußland ziemlich kostspielig ist.

Bemerkenswert ist die häufige Verwendung von Pflegerinnen auf Männerstationen, die wir ja in Deutschland und Schottland auch öfter sehen können. Manche russische Anstalten haben überall weibliches Pflegepersonal.

Der gesamte Ton in den Anstalten ist ruhig und behaglich; zum größten Teil geht das auf den russischen Nationalcharakter zurück. Die Ernährung der Kranken ist entschieden reichlich und schmackhaft. In bezug auf warmes Abendbrot wird ihnen mehr geboten, als es bei uns vielfach in der allgemeinen Verpflegungsklasse üblich ist. Die Reinlichkeit entspricht billigen Anforderungen.

Eine Eigentümlichkeit ist hervorzuheben: die häufige Verwendung von Ärztinnen in den Irrenanstalten. In der Anstalt Nowosnamenskoje Datscha traf ich eine Ärztin, die bereits 35 Jahre dort wirkte und sich dabei ganz wohl fühlt und größten Ansehens erfreut. Auf den ersten Blick ist es geradezu erstaunlich, wie resolut die Ärztinnen z. B. auch auf überfüllten Abteilungen mit männlichen verbrecherischen Geisteskranken aufzutreten und zu disponieren verstehen. Den Kolleginnen jüngeren Alters fehlt es dabei keineswegs an Eleganz und Anmut im gesellschaftlichen Verkehr. In Moskau lernten wir auch eine Ärztin kennen, die ganz selbständig die Direktion einer Privatirrenanstalt führt.

Das Frauenstudium ist in Rußland in besonders starker Zunahme begriffen. In der Frauenuniversität zu Moskau studieren gegen 5000 Damen, davon etwa 1500 Medizin. Daß dadurch den männlichen Ärzten eine beachtenswerte Konkurrenz erwächst, ist fraglos. Aber ebenso muß auch zugegeben werden, daß wenigstens im Bereich der Irrenfürsorge die ärztliche Wirksamkeit von Frauen etwas durchaus Sympathisches hat, die ruhig freundliche Behandlung auch der etwas unsozialen Kranken ist ganz besonders gewährleistet und auf manchen reizbaren und negativistischen Kranken wirkt die Beeinflussung durch den weiblichen Arzt vielfach besänftigend. Natürlich muß jegliche weibliche Lebhaftigkeit, Redesucht und Gefallsucht unter allen Umständen vermieden werden. Vielleicht trägt auch die Mitwirkung von Damen in einem Ärztekollegium zum Ausgleich von Spannungen der Meinungsdifferenzen bei. Ein Umstand, der bei uns vielfach zu absprechenden Ansichten über die weiblichen Ärzte geführt hatte, kann als antiquiert angesehen werden: Das etwas bizarre und herausfordernde Auftreten der ersten Vorkämpferinnen der Frauenemanzipation haftete wohl auch den Pionieren des Standes der Ärztinnen an, zu denen, wie in allen derartigen Bewegungen, ja zunächst vielfach vom Durchschnitt abweichende und etwas psychopathisch angehauchte Persönlichkeiten drängten. Wenn aber eine Bewegung wirklich etwas vorgeschritten ist, wie in der ärztlichen Frauenwelt Rußlands, dann rekrutieren sich ihre Vertreter gerade aus der Elite ihrer Kreise, die geistig über das Niveau hervorragen, über ein Plus an Lebensmut und Selbstbestimmung verfügen, ohne dabei an weiblicher Eigenart und Vorzügen einzubüßen. Mögen auch in Deutschland die weiblichen Irrenärzte noch eine

Seltenheit sein, so wird doch auch bei uns in den nächsten Jahrzehnten sicher ein Umschwung kommen, nachdem Rußland solange schon in diesem Punkt erfolgreich vorangeschritten ist.

Eine Eigentümlichkeit der russischen Irrenfürsorge ist noch der Umstand, daß die öffentlichen Anstalten in der Regel nur für Kranke der allgemeinen Verpflegungsklasse bestimmt sind. Einigermaßen solvente Patienten kommen gewöhnlich in Privatsanatorien, deren es in der Umgebung von Moskau und in der Stadt selbst gegen zwei Dutzend gibt. Die Behörden betrachten es nicht als ihre nächste Aufgabe, mit öffentlichen Mitteln Plätze und Behandlung für Wohlhabende bereitzustellen, wobei meist die Unkosten nur zu geringem Teil gedeckt werden, so daß der Rest von der Allgemeinheit der Steuerzahler ev. zugunsten eines Reichen aufgebracht werden muß.

Mit einem Wort sei noch des Alkoholismus gedacht. Nach außen hin tritt er zweifellos nicht so lebhaft in Erscheinung, wie früher. Der Anblick von Betrunkenen auf der Straße war wenigstens in jenen winterlichen Zeiten trotz der Feiertage höchst selten. Es werden aber neuerdings auch energische Versuche von behördlicher Seite gemacht, den Alkoholismus prophylaktisch einzuschränken. Im russischen Reichsrat wurde gerade im vorletzten Monat ein Gesetz wegen Regelung des Verkaufs geistiger Getränke beraten und dabei mit 77 gegen 43 Stimmen ein Artikel angenommen, der den Müttern und den großjährigen weiblichen Familienmitgliedern das Stimmrecht in den Landesgemeindeversammlungen verleiht, in denen über das Verbot des Verkaufs geistiger Getränke beschlossen wird.

(Schluß folgt.)

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 49. Versammlung am 2. Mai 1914, nachmittags 2 Uhr, in Hannover, Lavesstraße 26, part. Tagesordnung: 1. Bruns - Hannover: Neuropathologische Mitteilungen. 2. Rehm - Bremen-Ellen: Verhalten der Menstruation und des Körpergewichts bei chronischen Psychosen. 3. Grimme - Hildesheim: Ein Fall jahrzehntelang bestehenden Eifersuchtswahns. 4. Richard - Göttingen: Über degenerative Psychosen. 5. Kittel - Göttingen: Ergebnisse der Intelligenzprüfung nach Binet-Simon bei Hilfsschulkindern. 6. Grütter und Bräuner - Lüneburg: Zur pathologischen Anatomie der juvenilen Paralyse. Der Vorsitzende: Gerstenberg - Hildesheim. Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

— Am Mittwoch, den 25. März fand zu Stuttgart im Vortragssaal des Kgl. Landesgewerbemuseums die Hauptversammlung des **Württembergischen Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke** statt. Nach dem Rechenschaftsbericht über die Jahre 1912 und 1913 ist die Zahl der eingelaufenen Unterstützungsgesuche von 297 auf 404, die der Bewilligungen von 285 auf 389, die der unterstützten Personen von 193 auf 228 und die Summe der Unterstützungsbeiträge von 13 302 M auf 14 046 M gestiegen. Der Kassenbericht ergibt 22 140 M Einnahmen und 20 799 M Ausgaben, somit einen Überschuß von 1341 M. Der Verein verfügt über ein Barvermögen von 25 306 M. Um einen Mißbrauch des Vereins auszuschließen, soll eine genaue Liste der Personen aufgestellt werden, die derartige Versuche machen. Die wohltätige Wirksamkeit des Vereins ist in beständigem Wachsen begriffen. Im Anschluß an die Versammlung hielt Obermedizinalrat Dr. Kreuser einen öffentlichen Vortrag über die Gefahren der Geisteskrankheiten für die Erkrankten selbst, deren Nachkommenschaft sowie ihre nähere oder weitere Umgebung. Der Redner schloß mit einer Mahnung zur Opferwilligkeit für die Irrenfürsorge, die auch den Gesunden und der Allgemeinheit wieder zugute komme.

— **Die Geisteskrankheiten im Balkankriege.** Während des deutsch-französischen Krieges von 1870/71 erreichte der Promillesatz der Geisteserkrankungen unter den Truppen 0,93 von 1000, während des Burenkrieges stieg diese Ziffer auf 2,5 von 1000, der spanisch-amerikanische Krieg erreichte 2,7 von 1000 und im russisch-japanischen Kriege entfielen auf 1000 Mitstreiter 2 Fälle von Wahnsinn. Die Statistik aller Kolonialkriege der neueren Zeit weist z. T. noch höhere Ziffern auf; im südwestafrikanischen Kriege (deutsche Schutztruppe) z. B. erreichte die Zahl der Geisteserkrankungen sogar 5 von 1000. Im Vergleich damit sind die entsprechenden Zahlen aus dem jüngsten Balkankriege überraschend niedrig. Im griechischen Heere zählte man auf 1000 Mitkämpfer nur 0,16 und für die ganze Armee 0,23 Geisteserkrankungen; in Serbien erreichten die geistigen Erkrankungen bei den Truppen, die an den Kämpfen teilnahmen, nur 0,18 von 1000, in Bulgarien 0,33, in Montenegro 0,10, so daß die vier Balkanstaaten gemeinsam eine Durchschnittsziffer von 0,25 von 1000 aufweisen. Man erklärt diese niedrigen Ziffern durch die Widerstandsfähigkeit der Balkanvölker, die zum großen Teil an ein Leben der Entbehrungen gewöhnt sind und zudem fast gar keinen Alkohol genießen.

— **Bestrafte Ungehörigkeit in einer Pflegeanstalt.** Die Arbeiter Zenker und Schreiter aus Großenhain waren am 9. November v. J. zum Besuche der Tochter des Zenker im Bezirkssiechenhaus König-Friedrich-August-Stift anwesend. Dabei hatten die beiden einen Auftritt mit der Schwester, die sie wegen angeblich schlechter Behandlung der Tochter Zenkers, die schon seit einem Jahre wegen geistiger Minderwertigkeit in der Anstalt untergebracht ist, zur Rede stellten, sie mit den gröbsten Schimpfworten beleidigten und dabei großen Lärm verursachten. Der hinzukommende Pfleger wurde außerdem bedroht. Das Königliche Schöffengericht Großenhain verurteilte wegen dieser strafbaren Handlungen Zenker mit 10 Tagen Gefängnis und Schreiter mit 4 Wochen Gefängnis. Außerdem erhielten beide wegen ruhestörenden Lärms 20 bezw. 30 M Geldstrafe zuerkannt. (Dresdner Anzeiger, 27. Februar 1914.)

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Hannover.** Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen Dr. med. Völker ist am 17. v. Mts. verstorben. Der Assistenzarzt Dr. med. Fröhlich ist vom 1. Dezember 1913 ab zum Abteilungsarzt ernannt.

— **Städtische Heil- und Pflegeanstalt Dresden.** Der Assistenzarzt Dr. von Ehrenwall trat aus dem Dienst der Anstalt aus.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 4. 25. April **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Unsere Stellungnahme zum Fürsorgeerziehungsgesetz und dessen Durchführung.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Regierungsrat Dr. **Schweighofer,** Salzburg.

Das Fürsorgeerziehungsgesetz steht vor der Verhandlung im Abgeordnetenhause, nachdem es vom Herrenhause bereits angenommen wurde.

Das Gesetz fixiert zuerst die Voraussetzungen, unter welchen ein Unmündiger zwischen 14 und 18 Jahren durch den Spruch des Vormundschaftsrichters der Fürsorgeerziehung überwiesen werden kann.

Es kann dies geschehen:

1. Wenn die Eltern ihrer Pflicht nicht nachkommen, ihre Rechte mißbrauchen oder sich so ehrlos oder unsittlich verhalten, daß Fürsorgeerziehung notwendig ist. (Verwahrlosung.)

2. Wenn die Fürsorgeerziehung notwendig ist zur Verhütung der Verwahrlosung wegen Fehlens oder der Unzulänglichkeit der erzieherischen Einwirkung der Eltern, sonstigen Erzieher oder der Schule. (Gefahr der Verwahrlosung.)

3. Wenn ein Unmündiger eine mit Strafe bedrohte Tat begangen hat und die Überweisung zur Fürsorgeerziehung zu seiner Besserung oder Verhütung der Verwahrlosung nötig ist.

4. Wenn diese Voraussetzungen des Punktes 3 bei einem Jugendlichen vorliegen, vom Strafgerichte aber die Fürsorgeerziehung nicht verfügt wurde. (Straffälligkeit.)

Der Strafrichter kann Jugendliche nach § 4 und 6 über das Jugendstrafrecht zur Fürsorgeerziehung überweisen, wenn dies zur Besserung oder Verhütung der Verwahrlosung notwendig ist.

Das Gesetz kennt Anstaltserziehung und Familienpflege. Alle Einrichtungen zur Fürsorgeerziehung stehen unter öffentlicher Aufsicht.

Die vom Strafgerichte verfügte Fürsorgeerziehung ist in der Regel in einer besonderen für solche Zöglinge bestimmten staatlichen Erziehungsanstalt zu vollziehen. (Abs. 2 §§ 4 und 17.)

Das Fürsorgeerziehungsgesetz formuliert die Anlässe, welche den Staat berechtigen, als Schutzherr der Unmündigen in die Rechte der Familie einzugreifen. Daß es dabei den Tatbestand der Verwahrlosung oder Kriminalität einseitig betont, den Charakter des zu erziehenden Unmündigen aber nicht berücksichtigt, steht ganz in Parallele mit unserem heutigen Strafgesetze, das auch den Täter nur nach seiner Tat, nicht nach seinem Charakter bestraft. Es handelt sich somit scheinbar um eine prinzipielle Stellung zu dieser einen Frage, die auch auf anderen Gebieten noch nicht entschieden ist und kaum so bald entschieden werden dürfte. Der Gesetzentwurf nennt daher auch die Schwererziehbarkeit in keinem seiner Paragraphen.

Nur die eingangs erwähnte Formulierung des Punktes 2 im § 1 kennt neben dem Fehlen auch die Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern und sonstigen Erzieher.

Die Unzulänglichkeit kann aber auch durch durch Schwererziehbarkeit des Kindes bedingt sein.

Insoferne ließe sich dieser § 1 Abs. 2 dahin auslegen, daß auch solche Schwererziehbare in die Fürsorgeerziehung gebracht werden können, welche nicht verwahrlost wurden und welche auch noch nicht straffällig wurden, daß also die Schwer-



erziehbarkeit an sich die Berechtigung in sich trüge, die Hilfe des Staates in Anspruch zu nehmen.

Ob diese Auslegung auch den Intentionen des Gesetzgebers entspricht, ist nicht erkennbar.

Sollte diese Interpretation nicht zutreffen, so würde sich eine Lücke des Gesetzes ergeben.

* * *

Die Einrichtungen für die Fürsorgeerziehung werden, soweit nicht Private, Vereine oder Gemeinden und insbesondere die Landeskommissionen für Jugendfürsorge in seltener Opferwilligkeit Vorsorge getroffen haben und noch treffen werden, hauptsächlich von den Ländern errichtet.

Demgemäß liegen auch die Lasten der Durchführung der Fürsorgeerziehung im Sinne des neuen Gesetzes im wesentlichen auf ihren Schultern. Sie haben daher zum Gesetze in langen Verhandlungen Stellung genommen und geht ihr Haupteinwand auch von dem Standpunkte des Praktikers der Fürsorgeerziehung aus.

Sie haben verlangt, daß für Schwererziehbare eigene Anstalten errichtet werden sollen, welche vom Staate zu errichten und zu betreiben seien. Die Schwererziehbarkeit findet nach dem Zusatzantrage der Länder ihren Ausdruck in einer geistigen oder sittlichen Beschaffenheit des Zöglings, durch welche er einer besonderen Behandlung bedürftig wird, die Mitzöglinge oder die Anstaltsordnung gefährdet und in der Anstalt nicht mehr belassen werden kann, gleichgültig ob derselbe kriminell war oder nicht. Sie verlangen also, daß auch solche Schwererziehliche in diesen staatlichen Spezialanstalten untergebracht werden können, welche nicht vom Strafrichter eingewiesen wurden, also solche, welche aus anderen Gründen des § 1 der Fürsorgeerziehung zugewiesen worden sind.

Das Verlangen der Länder stützt sich auf eine Anregung, welche von den Fachmännern gegeben wurde, die im „Verein für Zwangserziehung und Fürsorge" einen Sammelpunkt gefunden haben und die aus ihrer praktischen Erfahrung heraus zu dieser Forderung gelangt sind, daß die Schwererziehbaren von den „normalen" Fürsorgezöglingen zu trennen seien, weil sie die anderen anstecken (man vergleiche unsere Erfahrungen im Irrenwesen), weil sie die Erziehung der anderen benachteiligen und weil es ein fruchtloser Versuch wäre, Schwererziehbare ebenso wie Normale behandeln zu wollen.

Es scheint also, daß die Fachmänner in der Fürsorgeerziehung dieselben Erfahrungen gemacht haben, wie wir mit unseren sogen. Kriminellen.

Der Gesetzentwurf für Jugendfürsorge sieht nun zwar im § 17 staatliche Erziehungsanstalten vor, bestimmt sie jedoch lediglich für straffällige Zöglinge.

Damit die Durchführung des Jugendstrafrechtes in allen Ländern geschehen könne, auch wenn sie noch keine Anstalten zur Zwangserziehung haben, hat die Regierung die Schaffung von vier staatlichen Anstalten für solche Jugendliche in Aussicht genommen, welche über Spruch des Strafrichters in Fürsorgeerziehung übernommen werden müssen. Es ist selbstverständlich, daß der Vollzug eines strafgerichtlichen Erkenntnisses nicht davon abhängig gemacht werden kann, ob das betreffende Land seine Fürsorgeeinrichtungen ausgebaut hat oder nicht.

„Die Durchführung des Jugendstrafrechtes könne (nach einer Note des Justizministers an die Länder) nicht länderweise verschieden sein. Es müssen demnach die staatlichen Anstalten vor allem zur Unterbringung der von den Strafgerichten überwiesenen Zöglinge vorbehalten bleiben, die aus welchem Grunde immer anderweit nicht untergebracht werden können, sei es, daß ihr sittlicher Zustand eine strengere Zucht notwendig macht, sei es, daß entsprechende Landesanstalten nicht vorhanden seien oder unzulänglich wären."

Erst nach Sicherstellung dieser Aufgabe, also nach Errichtung entsprechender Landesanstalten, sollen die staatlichen Anstalten auch den im Gegenentwurfe der Länder bezeichneten Zwecke dienen, gemäß § 17 Abs. 3 der Herrenhausbeschlüsse.

Der § 17 enthält jedoch zwei weitere Einschränkungen, nämlich daß nur solche Zöglinge in die staatlichen Anstalten gebracht werden dürfen, welche nach § 55 des Gesetzes über das Jugendstrafrecht vom Strafrichter eingewiesen werden, und solche, welche nach Verübung einer strafbaren Handlung nach § 1 Z. 4 des Fürsorgegesetzes vom Vormundschaftsrichter überwiesen werden, ferner, daß die Aufnahme von der Entscheidung des Justizministers abhängen soll.

Die Aufnahme in diese Staatsanstalten würde somit wieder nur auf straffällige eingeschränkt bleiben, während es sich ereignen kann, daß auch andere Fürsorgezöglinge schwer erziehlich sind und in den Landesanstalten nicht mehr belassen werden können.

Die Länder haben daher verlangt, daß die Zustimmung des Justizministers zur Aufnahme solcher Schwererziehlicher nicht verweigert werden könne, welche nach § 4 Abs. 5 des Zusatzantrages der Länder „wegen ihrer geistigen oder sittlichen Beschaffenheit" einer besonderen Behandlung bedürfen oder wegen Gefährdung ihrer



Mitzöglinge oder der Anstaltsordnung in einer anderen Anstalt nicht belassen werden können.

Schon in den Zusatzanträgen der Länder, noch mehr aber in den bezüglichen Verhandlungen des Vereins für Zwangserziehung und Fürsorge fällt auf, daß bei der Erwähnung dieser Schwererziehbaren immer von der geistigen Beschaffenheit derselben die Rede ist und diese zum Teile als die Ursache der Schwererziehbarkeit angegeben ist.

Für einen Fachmann kann es wohl keiner Frage unterliegen, daß gerade die psychopathischen Zöglinge den Anlaß zu dieser Beschwerde bieten.

Und insofern mag es uns Psychiatern erlaubt sein, dazu unsere Meinung zu äußern.

Ein großer Teil aller Fürsorgezöglinge ist nach allen Erfahrungen der Fachmänner psychopathisch. Wenn nun auch bei den meisten die Absonderung aus dem Milieu und die Entfernung aus den Gefahren der Ansteckung neben erziehlichen Maßnahmen genügt, um sie zu ändern, so bleibt immerhin ein nicht allzu gering zu beziffernder Teil von Psychopathen übrig, der eine ganz andere Behandlung und Pflege verlangt, als sie ihm in den Erziehungsanstalten für sogenannte „Normale" geboten werden kann.

Verbleibt er in den Anstalten, so ergeben sich daraus nur die sattsam bekannten, unliebsamen Vorfälle, welche in anderen Ländern die Fürsorgeerziehung beinahe um jeden Kredit gebracht hätten.

Auch wir Psychiater kennen diese Schwierigkeiten aus eigener Erfahrung.

Unsere kriminellen Geisteskranken und insozialen Psychopathen richten unsere Anstalten zugrunde und alles, was wir in der Befreiung der Geisteskranken von unnötigen Beschränkungen getan haben, alle Bestrebungen nach Offenheit der Anstalten, nach freier Pflege in denselben, freiem Aufnahmeverfahren, Erleichterung des Austrittes, kurz Annäherung an die anderen Krankenhäuser werden von diesen Elementen zerstört.

Das Verlangen der Länder könnte sich somit auch auf die Erfahrungen stützen, welche die Länder mit den sogenannten Kriminellen in ihren Irrenanstalten machen mußten.

Ich kann es mir aber nicht versagen, noch eine andere Parallele aus dem Irrenwesen zu ziehen.

Wir wissen ja alle aus Erfahrung, daß die Geisteskranken der besseren Stände sich in vieler Beziehung diesen Schwererziehbaren nähern und daß sie einer psychischen Beeinflussung viel mehr Schwierigkeiten entgegensetzen als die anderen Kranken. Es sind aber noch lange nicht die verwöhntesten unter ihnen, die in unsere öffentlichen Anstalten kommen. Diese fallen vielmehr den Privatanstalten zu. Kein Wunder, daß es dort Reibungen gibt, die zu Klagen, Beschwerden und damit auch zu Verdrehungen der Tatsachen führen. Krankhafte Wünsche werden zum Inhalte von Klagen der Angehörigen über schlechte Pflege und Ausnützung gemacht, unmögliche Ansinnen der Angehörigen bieten den Kern des Mißtrauens gegen die Anstalt, psychopathische oder andere Einsichts- und Rücksichtslosigkeiten der Familien oder der teilnehmenden Freunde des Kranken bieten den Anlaß zu Gerüchten von widerrechtlicher Freiheitsbeschränkung.

Und nachdem es Privatanstalten betrifft, liegt für jeden solchen Fall das Motiv der Gewinnsucht des Anstaltsbesitzers sogleich auf jedermanns Zunge.

Die „vox populi" sagt es, der Gesetzgeber bringt ihr die Konzession, daß er diesem Tratsch durch die Bestellung von Vertrauensmännern (siehe Entmündigungsgesetz) Rechnung trägt, und den Anstalten ein Quos ego in Form eines Gesetzes schickt, das fast ausschließlich von der Frage der widerrechtlichen Internierung im Sinne der vorerwähnten „vox populi" ausgeht.

Ein ähnliches Geschick scheint auch über den Anstalten für schwererziehbare Jugendliche zu schweben.

Auch an ihnen kritisiert das Besserwissen unserer Zeit in einer durch keinerlei Sachverständnis getrübten Weise und auch ihnen ist das öffentliche Mißtrauen in reichlichem Maße zugemessen.

Es wäre nicht zu verwundern, wenn diese Erwägungen den Ländern auch vorgeschwebt hätten, als sie die Errichtungen von Anstalten für Schwererziehbare ablehnten und dem Staate den Vortritt ließen.

Aus meinem Wirkungskreise habe ich ein Material von ungefähr 50 solchen Fällen zusammengestellt, in welchen ich wegen Schwererziehbarkeit zu Rate gezogen wurde und Gelegenheit hatte, sie genauer kennen zu lernen, sowie durch Jahre beziehungsweise manche beinahe durch zwei Jahrzehnte zu verfolgen.

Während in den Großstädten das Moment der Verwahrlosung und Kriminalität in die Augen springt, ist dies am Lande und in kleinen Städten relativ selten.

Nur von 3 Fällen kann ich eine Verwahrlosung annehmen, wenn auch nicht eine völlige. Von keinem der übrigen kann ich sagen, daß eine Gefahr der Verwahrlosung bestand. Im Gegenteile, die Eltern hatten sich bemüht, dem Kinde eine Erziehung angedeihen zu lassen, so gut sie es konnten.



Nur ein sehr geringer Teil aller stammte aus bäuerlichen Verhältnissen, fast die Hälfte aus dem Kaufmannsstande, ein Fünftel von Gewerbetreibenden und fast ebenso viele aus Berufen mit Hochschulbildung.

Bei 20 von ihnen war Aufsteigen zum Wohlstande als Ursache der Degeneration zu erkennen, bei 36 wurde Alkoholismus der Eltern angegeben.

Nur 15 von allen sind kriminell geworden, der größere Teil erst im späteren Alter, so daß die Kriminalität wohl hätte verhindert werden können.

Bei vielen habe ich die ganze Tragödie mitgemacht, die Schwererziehbarkeit des Kindes, die Versuche, dasselbe durch Wechsel der Erziehungsanstalten zu bessern, die Versuche, die Verführung fernzuhalten, die vergeblichen Vorstellungen bei den Polizei- und Gerichtsbehörden, kurz was man eben zu machen pflegt, um ein solches gefährdetes Kind zu ändern.

In mehreren Fällen ging die ganze Familie zugrunde und sind wohlhabende und geachtete Kaufmannsleute durch die Schuld eines Kindes an den Bettelstab gekommen.

Das Moment der Verwahrlosung oder die Gefahr der Verwahrlosung hätte bei ihnen somit nicht zugetroffen, denn die Geneigtheit, das Kind in eine Erziehungsanstalt zu geben, hat wohl in allen Fällen bestanden, anders war es mit der Möglichkeit.

Von den mustergültigen Anstalten einiger Länder, z. B. Niederösterreichs, abgesehen, existieren in den meisten Ländern Österreichs nur private Einrichtungen für schwererziehbare Kinder.

Man scheut sich aber, diese Kinder in private Anstalten zu geben, und zwar nicht allein der Kosten wegen.

Wir haben in Salzburg ein Erziehungsheim für schwererziehbare Mädchen. Fast alljährlich wird in den Zeitungen über Mißhandlungen von Anstaltszöglingen berichtet. Einige Fälle konnte ich zufällig nachprüfen. Es waren nicht nur keine Mißhandlungen vorgefallen, sondern die Mädchen hatten einen derartigen Lärm gemacht, daß die Umwohnenden sich zum Beschimpfen des Klosters, zum Randalieren vor dem Tore, selbst zum Eindringen ins Haus usw. berechtigt fühlten, darunter sogar Angehörige der sogenannten Intelligenz.

Es wäre kein Wunder, wenn durch diese Zeitungsberichte ähnlich wie bei den Irrenanstalten ein öffentliches Mißtrauen in solchem Grade entstünde, daß es die Bevölkerung von der Benützung dieser Anstalten abschrecken würde.

Doch scheint dem nicht so zu sein, denn die Angehörigen könnten froh sein, ihr räudiges Schäflein untergebracht zu haben, aber sie sind doch aus geschäftlichem oder aus privatem Grunde gezwungen, auch auf diese vox populi Rücksicht zu nehmen, z. B. der Kaufmann oder der Beamte.

Aber auch aus praktischen Gründen. Der Schutz, den diese Anstalten heute genießen, ist ein sehr fragwürdiger. Nicht selten teilen die maßgebenden Faktoren das öffentliche Mißtrauen der oben skizzierten „vox populi" (ich will keine Parallele mit dem Irrenwesen ziehen) und vor allem genügt der heutige Gesetzesschutz für solche Anstalten nicht, wie wir alle am besten wissen.

Die schwererziehlichen Kinder sind in privaten Anstalten nicht sicher genug untergebracht und sie haben immer noch Mittel, ihre Anhänger außerhalb der Anstalt für sich zu mobilisieren und sich „Vertrauensmänner" ohne behördliche Autorisation zu verschaffen.

Dazu kommt, daß die erziehlichen Erfolge dünn gesät sind und die sichere Bewahrung gerade bei den psychopathischen Jugendlichen die Hauptaufgabe dieser Anstalten ist.

Die sichere Bewahrung setzt aber voraus, daß derjenige Faktor die Anstalten errichtet und betreibt, der — zumal beim Zustandekommen des neuen Strafgesetzes — auch in der Lage ist, Sicherungsmaßregeln zu verfügen, also der Staat, und der sein Personal ganz anders in Disziplin halten kann wie der Private oder die Länder.

Es spricht somit auch dieser Grund dafür, daß diese Anstalten für Schwererziehbare vom Staate errichtet werden sollen und daß die Aufnahme in dieselben nicht nur auf Straffällige und Verwahrloste beschränkt werde, sondern sich an das Moment der Schwererziehbarkeit halte.

Sollte das Gesetz ohne diese Zusätze ins Leben treten, so ist zu erwarten, daß die Praxis bald die Mängel im Sinne des Zusatzantrages der Länder erweisen wird, denn es ist nicht angängig, mit der Fürsorgeerziehung zu warten, bis der Schwererziehbare verwahrlost oder kriminell geworden ist oder bis man ihn dazu gemacht hat, um ihn unterzubringen.

Auch im Irrenwesen kennen wir da eine Parallele; wenn veraltete Aufnahmebestimmungen verhinderten, daß die Kranken in den Irrenanstalten untergebracht werden konnten, so hat man sie in der Nähe der Sicherheitsbehörde „verwahrlost", das heißt sich selbst überlassen oder man hat eine Gemeingefährlichkeit konstruiert, um ihre Unterbringung zu erzwingen.

Es erübrigt sich nun die Frage, welche Belänge sich zwischen diesen Gesetzeseinrichtungen und der Irrenpflege ergeben dürften.

In meinem Materiale war in 9 Fällen die Schwer-



erziehbarkeit das Vorstadium einer Psychose im Sinne des Wortes, in der Hälfte der übrigen handelte es sich um Psychopathen, in der anderen Hälfte um Normale.

Nach der Eigenheit meines Materiales sind diese Ziffern allerdings zu hohe. Immerhin können wir aber erwarten, daß durch die Fürsorgeerziehung eine größere Zahl pathologischer Fälle aufgedeckt und den öffentlichen Irrenanstalten zugeführt werden wird, als dies heute der Fall ist.

Sofern es sich dabei um Kranke handelt, wird selbstverständlich niemand von uns sich gegen deren Unterbringung in unsere Anstalten sträuben. Wenn aber der Mangel von Anstalten für Schwererziehbare, wie es heute schon vielfach geschieht, für die Ansicht förderlich werden sollte, daß der betreffende Zögling in die Irrenanstalt „gehöre", weil er „nicht normal" oder gar weil er „belastet" ist, so würden wir dagegen Stellung nehmen müssen.

Nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch anderenorts ist vielfach die Ansicht verbreitet, daß alles, was nicht normal ist, in die Irrenanstalt gehört, und nachdem es nicht „normal" ist: schwererziehlich zu sein, liegt der Schluß nahe, daß Schwererziehliche in die Irrenanstalt gehören.

Wenn du nicht weißt, „wie, was, warum", so gibst du ihm Jodkalium, und wenn du nicht weißt, wie du mit ihm in der Fürsorgeerziehung fertig werden sollst, so kannst du immerhin ihn für „nervös" erklären und an die Irrenanstalt abgeben. Wir haben in unserer heutigen Erfahrung bereits genügend Beweise für diese Befürchtung.

Das ist dasjenige, was wir zu befürchten haben, wenn diese Schwererziehbaren einmal im Ausbau der Fürsorgeerziehung aufgefunden werden und wenn dann geeignete Anstalten für sie fehlen oder nicht entsprechend zugänglich sind.

Jeden einzelnen meiner obenerwähnten Fälle hat man als krank bezeichnet und jeden hätte man mir gerne in die Anstalt gegeben, wenn ich ihn aufgenommen hätte.

Wir haben meiner Ansicht nach alle Ursache, den Zusatzantrag der Länder nach Schaffung geeigneter Anstalten für Schwererziehbare zu begrüßen und uns zu bemühen, in den Expertisen über diese Fälle unseren Standpunkt zu Gehör zu bringen.

Denn wir müssen darauf bedacht sein, daß die Entwicklung der Irrenanstalt zum Krankenhause eine Forderung unserer Zeit und besonders der weniger bemittelten Teile der Bevölkerung ist, und daß die Detention verbrecherischer Abnormer sich mit den Aufgaben unserer Pflege und mit den Ansprüchen, welche die Bevölkerung an unsere Einrichtungen stellt, nicht vereinbaren läßt.

Unser Ziel muß sein, daß die Staatsverwaltung die Sicherung verbrecherischer Abnormer jeden Alters ebenso übernimmt, wie diejenige der verbrecherischen Gesunden.

Diskussion:

Ob.-L.-R. Dr. Hueber begrüßt die Ausführungen des Vortrages und bestätigt die Richtigkeit der Darlegungen aus seiner eigenen Praxis.

Dr. Eisath: Sowohl bei der Begutachtung von geisteskranken Verbrechern als bei Degenerierten bestehen oft sehr große Schwierigkeiten, weil man immer begutachten muß auf: „geisteskrank" oder „nicht geisteskrank". Das ist überaus schwer, weil es auch viele Zwischenstufen gibt. Es wäre da wohl sehr zu wünschen, wenn man auch in den verschiedenen Gesetzesentwürfen eine Zwischenstufe, nämlich die geistige Abnormität, annehmen würde. So würde man neben der psychischen Normalität und Pathologie auch die geistige Abnormität als Zwischenstufe annehmen. Dadurch, daß die ärztlichen Sachverständigen gezwungen sind, entweder auf geistige Normalität und Pathologie zu begutachten, sind schon verschiedentlich Widersprüche in die Öffentlichkeit gekommen, und das bedeutet für das Ansehen der Irrenärzte in den Augen der Öffentlichkeit einen sehr bedauerlichen Nachteil. Die Presse hat sich schon wiederholt über die widersprechenden Begutachtungen der irrenärztlichen Sachverständigen lustig gemacht.

Dr. Starlinger bestätigt die Richtigkeit der Angaben des Vortragenden, daß man sich bemüht, solche Psychopathen in die Irrenanstalt zu bringen, welche nicht hineingehören, und zwar ausschließlich deshalb, weil man sie sonst nicht unterbringen kann.

Dr. Kohlberger: Der Gerichtsarzt hat zu begutachten, ob der Täter geisteskrank oder geistesgesund ist, auch in solchen Fällen, in welchen er weder das eine noch das andere ist, sondern geistig abnorm.

In solchen Fällen läßt sich sehr oft bloß eine verminderte Zurechnungsfähigkeit konstatieren, und zwar etwa in diesem Grade, daß z. B. ein über 24 Jahre alter Mensch einem normalen, aber bloß 14 bis 18 Jahre alten gleicht. In Galizien kamen oft Fälle vor, daß solche vermindert Zurechnungsfähige von nicht psychiatrisch geschulten Gerichtsärzten als geisteskrank bezeichnet und aus diesem Grunde der Irrenanstalt Kulparkow statt einer Strafanstalt zugewiesen wurden. Dies ist die Ursache, daß die Anstalt in Kulparkow über 300



Verbrecher beherbergt, von denen viele nicht als geisteskrank im engeren Sinne betrachtet werden dürfen.

Es soll von Seite des psychiatrischen Verbandes dahin gewirkt werden, daß solche Fälle nicht vorkommen. Dies könnte durch Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit geschehen, wobei die Betreffenden bloß milder bestraft, aber nicht freigesprochen werden, somit den Straf- und nicht den Irrenanstalten zuzuweisen sind.

Dir. Dozent Dr. Berze: Zwischen geistig Abnormen und Psychopathen oder in psychischer Hinsicht pathologischen Individuen besteht sicher kein Gegensatz, aber auch keine Differenz in gradueller Hinsicht. Wohl aber ist scharf zu unterscheiden geistig abnorm und geisteskrank. Beide Gruppen, die der Abnormen und die der Geisteskranken, sind Untergruppen der großen Gruppe der Pathologischen in geistiger Hinsicht, der Psychopathen.

Die Begriffspaare: verminderte Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit einerseits, geistig Abnorme und Geisteskranke andererseits, können nicht in Parallele gesetzt werden, denn in den beiden Gruppen gibt es sowohl vermindert zurechnungsfähige, als auch ganz unzurechnungsfähige Personen.

Nach kurzen Bemerkungen Dr. Eisaths und Dr. Berzes, in denen sie auf ihren Anschauungen beharren, wird die Diskussion geschlossen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**,
Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

§ 186.

Die Behauptung, ein anderer sei geisteskrank, kann unter § 186 fallen, insofern Geisteskranke in der allgemeinen Achtung eine geringere Stellung einnehmen als Geistesgesunde. (Rostock, 10. Mai 1912.) Jahrb. 1912 S. 50.

§ 186.

Die Annahme der Strafkammer, daß die Äußerung des Angeklagten, ein bestimmter Untersuchungsgefangener habe sich im Gefängnis erhängt, eine Beleidigung dieses Gefangenen im Sinne des § 186 StGB. enthalte, wäre nur dann nicht zu beanstanden, wenn festgestellt wäre, daß der Angeklagte sich bewußt gewesen ist, der Gefangene sei noch am Leben, oder daß er wenigstens mit der Möglichkeit gerechnet hat, dies könne der Fall sein. Ein Verstorbener kann nicht beleidigt werden, und wenn der Angeklagte irrtümlich annahm, daß der Gefangene wirklich seinem Leben ein Ende gemacht habe, so kann er nicht den strafbaren Willen besessen haben, ihn zu beleidigen. (RG. IV, 15. November 1912.) D. R. Entsch. Nr. 133.

§ 230.

Schon die Übernahme einer Heilbehandlung kann schuldhaft sein, wenn der Behandelnde mit Rücksicht auf den besonderen Fall sich sagen muß, daß ihm die zu seiner Behandlung erforderlichen Kenntnisse fehlen. (RG. IV, 8. März 1912.) Jahrb. 1912 S. 64.

§ 347 Abs. 2.

Nach der Richtung des inneren Tatbestandes des § 347 Abs. 2 StGB. ist es nicht erforderlich, daß der Beamte voraussehen konnte, der Gefangene werde die sich ihm etwa bietende Gelegenheit zur Flucht benutzen; es ist ohne Bedeutung, ob der Beamte, mit oder ohne Grund, sich der bestimmten Erwartung hingibt, daß die seiner Aufsicht anvertrauten Gefangenen selbst bei gebotener Möglichkeit von einer Entweichung Abstand nehmen würden. Vielmehr genügt die mit einer Außerachtlassung der erforderlichen Vorsicht verbundene Vorhersehbarkeit für den Täter, daß sein Verhalten dem Entweichen nach irgendeiner, tatsächlich sodann von dem Gefangenen benutzten Richtung hin günstigere Bedingungen schaffe und hierdurch die Entweichung befördere oder erleichtere. Nur auf einen solchen Erfolg, nicht auf die Entweichung selbst muß sich die Vorhersehbarkeit erstrecken (RG. III, 3. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1405.

§ 359.

Ein Krankenwärter an einer öffentlichen Irrenanstalt ist dann Beamter, wenn er im Staatsdienst von der für ihn zuständigen Amtsstelle angestellt worden ist, nicht schon dann, wenn er zwar für den Staat und dessen Interesse tätig ist, aber nur auf Grund eines ausschließlich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts zu beurteilenden Dienst-



vertrags seine Arbeit leistet. (RG. III, 2. Oktober 1911.) Jahrb. 1912 S. 109.

§ 361 Nr. 3.

Zu den Begriffsmerkmalen der Landstreicherei gehört, daß das einem Hang zum Wandern und Müßiggang entsprungene Umherziehen von Ort zu Ort mit wechselndem Nachtquartier ohne die zum Unterhalt erforderlichen Mittel und ohne gesetzmäßige Erwerbszwecke erfolgt. Ein zweck- und zielloses Umherwandern für sich allein reicht nicht aus; wesentlich ist das Fehlen der zum Unterhalt nötigen Mittel. (R. G. III, 12. Dezember 1912.) D. R. Entsch. Nr. 294.

II. Strafprozeßordnung.

§ 44.

Krankheiten, die dem Säumigen die Fähigkeit rauben, selbst die Frist zu wahren oder dafür Sorge zu tragen, daß die Wahrung der Frist für ihn durch einen Stellvertreter erfolgen kann, sind unabwendbare Zufälle. (Colmar, 13. Mai 1911.) Jahrb. 1912 S. 145.

§ 57.

§ 57 StPO. ist auch auf die Vereidigung von Sachverständigen entsprechend anzuwenden. (RG. V, 20. Dezember 1912.) D. R. Entsch. Nr. 297.

§ 81.

Nach § 81 StPO. kann das Gericht zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeklagten anordnen, daß der Angeklagte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde. Die Verweisung in die Anstalt darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten. Ein Beschluß des Bay. OLG. vom 22. März 1912 legte diesen Paragraphen dahin aus, daß er nicht die Anordnung gestattet, daß der Angeschuldigte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand auf die Dauer von 6 Wochen in eine Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde; er ermächtigt vielmehr das Gericht zu der Anordnung, daß der Angeschuldigte zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine öffentliche Irrenanstalt verbracht werde, und bestimmt gleichzeitig, daß die Verweisung die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten darf. Von der Strafkammer war angeordnet worden, daß der Angeklagte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand auf die Dauer von sechs Wochen in die psychiatrische Universitätsklinik zu München verbracht und dort beobachtet werde. Gegen diesen Beschluß legte der Angeklagte Beschwerde ein, er sei vollständig geistig gesund und bestreite, sich irgendeiner strafbaren Handlung schuldig gemacht zu haben; es müsse der psychiatrischen Klinik überlassen bleiben, wie lange sie die Beobachtung seines Geisteszustandes ausdehnen wolle, da es ja möglich sei, daß sich die dortigen Sachverständigen schon nach wenigen Tagen ihr Urteil in der einen oder anderen Richtung bildeten. Das Gericht hielt die Beschwerde über den letzten Punkt für begründet. Diese Anordnung stehe weder mit dem Wortlaut, noch mit dem Falle des § 81 im Einklang. Das Gesetz gestattet nicht die Anordnung, daß der Angeschuldigte auf die Dauer von 6 Wochen in eine öffentliche Irrenanstalt verbracht wird. Es muß vielmehr den Sachverständigen überlassen bleiben, welche Beobachtungsdauer sie innerhalb des Rahmens von 6 Wochen zur Bildung ihres Urteils für erforderlich halten. Mit Recht macht der Angeschuldigte geltend, daß die Sachverständigen sich möglichenfalls schon nach wenigen Tagen ihr Urteil gebildet haben können, in welchem Fall eine Fortsetzung der Beobachtung zwecklos und eine im Gesetz unmöglich beabsichtigte Härte gegen den Angeschuldigten wäre. (Samml. von Entsch. des Bay. OLG. in Strafs. Bd. XII H. I S. 133.) Z. f. M.[1]) 26. Jg. Nr. 14 S. 549.

§§ 237 Abs. 1, 239, 242.

Die Vorschrift, wonach die Vernehmung des Angeklagten in der Hauptverhandlung nur durch den Vorsitzenden zu erfolgen hat, steht nicht dem entgegen, daß ein Sachverständiger in der Hauptverhandlung den Angeklagten befragt, um sein Gutachten erschöpfend und zweckentsprechend erstatten zu können. Denn nicht jede Fragestellung an den Angeklagten ist „Vernehmung", insbesondere dann nicht, wenn der Fragende nicht den Urteilsstoff vermehren, sondern nur seine eigene Sachkenntnis erweitern will, wenn es also nicht darauf ankommt, ob die Richter und sonstigen Prozeßbeteiligten die Frage und die Antwort verstehen oder auch nur hören, und wenn es sich in Wirklichkeit um ein Sondergespräch zwischen den Sachverständigen und dem Angeklagten handelt. Es versteht sich von selbst, daß der Vorsitzende nach § 237 StPO. Sondergespräche dieser Art verhindern kann. Dann wird eventuell die Verhandlung zu unterbrechen sein, damit die notwendige Befragung auch äußerlich abgetrennt von der Hauptverhandlung stattfinden kann. (RG. Fer.-S. 28. August 1913.) D. R. Entsch. Nr. 2663.

§ 255.

Unter ärztlichen Attesten im Sinne des § 255 StPO. können nicht verstanden werden gutacht-

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte.



liche Äußerungen eines Arztes, der, ohne eigene Wahrnehmungen hinsichtlich der Verletzungen oder sonstigen Gesundheitsbeschädigungen gemacht zu haben und ohne einen solchen Befund festzustellen, vielmehr lediglich auf Grund seiner Kenntnisse und seiner fachwissenschaftlichen Ausbildung oder auch seiner besonderen persönlichen Erfahrung, also in rein gutachtlicher Tätigkeit, sich über die vermutliche Entstehung einer ihm von dritter Seite geschilderten Verletzung und der hierbei in Frage kommenden Vorgänge und Ereignisse äußert. Noch weniger aber rechtfertigt der Umstand, daß es sich um eine leichte Körperverletzung handelt, die Verlesung von solchen ärztlichen Äußerungen, die sich mit der Verletzung überhaupt nicht befassen, sondern gutachtlich über die Möglichkeit gefahrloser Anwendung bestimmter Heilverfahren auslassen. (RG. I, 6. November 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 3212.

III. Militärstrafgesetzbuch.

§ 94.

Die Pflicht des Soldaten, sich einem ärztlichen Eingriffe zu unterwerfen, der die Wiederherstellung seiner Dienstbrauchbarkeit bezweckt, ergibt sich aus der Dienstpflicht des Soldaten. Anordnungen eines Sanitätsoffiziers, die die Wiederherstellung der Dienstbrauchbarkeit der in seiner Behandlung befindlichen Mannschaften betreffen, sind, sofern sie ein besonderes Gebot oder Verbot enthalten, Befehle in Dienstsachen. Eine Ausnahme besteht nur insofern, als der Befehl zu einer erheblichen Operation ohne Einwilligung des Kranken ein objektiv rechtswidriger ist. Der Ungehorsam gegen einen solchen Befehl ist nicht strafbar. (RMG. II, 23. Dezember 1911.) Jahrb. 1912 S. 128.

§ 98.

Das Hingerissenwerden des Täters zur Tat durch eine vorausgegangene Reizung des Vorgesetzten braucht nicht zum äußerlich erkennbaren Ausdruck gekommen zu sein. Es handelt sich nur um einen rein inneren, psychischen Vorgang im Täter. (RMG. II, 19. Juli 1911.)

Jahrb. 1912 S. 129.

IV. Militärstrafgesetzordnung.

§ 221.

Der Sachverständigeneid deckt auch solche Wahrnehmungen, die der Sachverständige als solcher oder als sachverständiger Zeuge im inneren Zusammenhange mit der erforderten Begutachtung gemacht hat und die zur Begründung seines Gutachtens dienen, insbesondere die ärztliche Anamnese. Zu letzterer gehört bei Gutachten über den Geisteszustand des Angeklagten auch die Bekundung des Sachverständigen, daß ihm bei den Vorerhebungen über die frühere geistige Verfassung des Angeklagten, etwaige erbliche Belastung und dergl., bestimmte Mitteilungen von den Beteiligten gemacht sind. (RMG. II, 28. Mai 1910.) Jahrb. 1912 S. 200.

§ 447.

Als unheilbar geisteskrank i. S. des § 447 ist jeder anzusehen, dessen Verhandlungsfähigkeit durch Geisteskrankheit nicht nur vorübergehend für bestimmte Zeit ausgeschlossen, sondern für unbestimmte Zeit in Frage gestellt, die Heilung also zwar in ferner Zeit möglich, aber nicht sicher und zeitlich nicht bestimmbar ist. (RMG. II, 22. Mai 1911.)

Jahrb. 1912 S. 218.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Geschichte der Medizin.

Melancholia religiosa.

Aus dem in der Heidelberger Klinik im Winter 1818/19 von meinem Großvater [1]) geführten Tagebuch[2]).

Von Dr. **Alexander Pagenstecher** in Braunschweig.

In folgendem möchte ich den bisher von mir veröffentlichten Krankengeschichten aus der Conradischen Klinik [3]) eine weitere folgen lassen, die die Behandlung eines Geisteskranken schildert, der in der medizinischen Klinik Aufnahme fand. Die so oft geschilderte grausame Behandlung der Geistes-

[1]) Dr. Karl Heinrich Alexander Pagenstecher, praktischer Arzt in Elberfeld, † 1869 in Heidelberg.

[2]) Vgl. hierzu die in Voigtländers Quellenbüchern erschienenen Lebenserinnerungen von Dr. C. H. A. Pagenstecher, in welchen sich eine genaue Beschreibung der damaligen klinischen Verhältnisse findet.

[3]) Tabes nervosa in „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose" Bd. XXII. — Hydrops in „Wiener klin. Rundschau" Nr. 26 1912. — Simulation vor 100 Jahren und Febris acuta, ein Beitrag zur Diagnostik innerer Krankheiten in „Wiener klinische Wochenschrift" 24 1912.



krankheiten im Anfange vorigen Jahrhunderts kommt hier nicht zur Anwendung, vielmehr möchte ich aus den kurzen kritischen Bemerkungen Ansichten herauslesen, die sich von den heute üblichen nicht allzu weit entfernen. Ich lasse die Krankengeschichte, um die Frische der Darstellung zu erhalten, ungekürzt folgen.

Übernommen am 8. Oktober 1818.

Ein Mann von starkem Ansehn, mittlerer Größe, in seinen besten Jahren. Der eigene, wilde Blick der Augen charakterisieren ihn auf den ersten Blick. Sein Gang, alle seine Worte und Gebärden sind trotzig und verraten Stolz. Seine meisten Klagen fließen aus gekränktem Ehrgefühl. Sein früheres Leben, wie die Entstehung seiner Krankheit sind mir noch unbekannt. Jetzt scheint er sich besonders mit dem Gedanken einer gewissen Berufung zu beschäftigen, über die er selbst jedoch am wenigsten im klaren ist. Auch ist er von einem beständig unruhigen Wesen und glaubt oft Stimmen zu hören.

Bei meinem Eintritt begrüßte ich ihn mit „Gott" und, da er mir noch eben trotzig gegenüber gestanden hatte, nahte er freundlich und drückte mir zutraulich die Hand. Nach einleitenden Redensarten, wobei ich mich sehr ernst benahm und ihn oft scharf anblickte, brachte ich ihn auf seinen gegenwärtigen Zustand. Er beschwerte sich sehr darüber und mischte oft seine verworrenen Ideen mit darunter. Endlich erzählte er mir, wie er von dem Himmel herab Stimmen gehört habe. Nun hub ich an, wie es schon geschrieben stehe, solle man nicht ausgehen an die Straßenecken und nicht vor den Leuten prahlen, sondern stille in sein Kämmerlein sich verschließen und da den Herrn anrufen; also, fuhr ich fort, solle auch er sich nicht dieser Gnade vor den Leuten rühmen, die ihn dies am Ende doch nicht glaubten und ihn in Narrenhäuser sperrten, sondern, was er davon wisse, in seiner Brust verschließen. Er lauschte aufmerksam und schien zu begreifen und versprach mir zu folgen. Ich sagte ihm noch und befahl, daß er sich ruhig verhalten müsse, zu schlafen versuchen solle, und besonders sich morgen in Gegenwart des Herrn Hofrat gelassen und ordentlich benehmen solle. Dann werde ich mich auch für ihn bemühen und sorgen, daß er ein anderes Wohnzimmer bekäme.

(Den 9. Oktober.) Wie die Wärter des Wahnsinnigen versicherten, stellen sich die Paroxysmen seines Übels am Morgen immer aufs neue ein und lassen gegen Nachmittag und Abend nach. Diese Aussage bestätigt sich heute Morgen auffallend. Er war unhöflich und redete beständig in seiner mystischen Sprache, obgleich sein Geist keinen hohen exaltierten Schwung hat. Eine Medizin, deren Hauptbestandteil die Digitalis purpurea ist, wurde repetiert. Gegen Abend war wieder offenbare Remission der Manie, obgleich der Kranke mehr tolles Zeug vorbrachte und von einer irren Idee zu einer anderen übersprang. Durch Überreden und Demonstrieren einen Narren klug zu machen, ist sehr vergeblich. Arzneien helfen — wenigstens hier — gewiß nicht allein. Wenn daher die Zeit — bei aller Achtung vor unseren Bemühen — nicht die Hauptsache tut und das Übel heilt, so müßten wir wohl mit der Zeit zu anderen psychischen Mitteln greifen.

(Den 10. Oktober.) Gestern Abend hatte ich mit meinem Patienten eine Disputation über Geister, indem er sich für den Geist Johannes des Täufers hielt. Durch Bibelsprüche, die wohl zum Teil nicht in der Bibel zu finden sind, wußte ich ihn am allerbesten zu widerlegen, zum Erstaunen und zum Schweigen zu bringen. Zuletzt kam mir ein Umstand, den die Unterhaltung herbeiführte, sehr erwünscht. Indem er mich nämlich, etwas verblümt, einen Flegel nannte, hatte ich Gelegenheit, mich erzürnt zu zeigen und so von ihm zu gehen. Diesen Morgen zeigte sich der Erfolg, er hatte ruhig geschlafen, selbst seine Arzneien gefordert, und betrug sich so ruhig, daß ich mich nun wieder von einer anderen Seite sehr gütig zeigen konnte und ihm zu seiner kaum verhehlten Freude ein besseres Zimmer, als die gewöhnliche Narrenbehausung anweisen lassen konnte.

(Den 11. Oktober.) Ein neues Mirakel. Als wir die gestrige Visite beendet hatten, wo ihm sein besseres Zimmer angewiesen worden war, machte der Wärter die Tür seines alten Gefängnisses hinter sich zu und schloß ihn so aufs neue ein. Dies muß ihn, wie ich aus den Symptomen schließe, in seiner Eitelkeit und seiner Verrücktheit heftig angegriffen haben; denn als nun sein neues Zimmer eingerichtet war und er hineingehen sollte, weigerte er sich durchaus, das alte zu verlassen und erklärte, daß er dies nur auf Befehl des Stadtdirektors tue! (wahrscheinlich weil er den wahren Grund: gekränkten Ehrgeiz nicht eingestehen wollte). Es wurde ihm diesen Morgen sein Betragen vorgehalten und, als er leugnete, daß man ihm erlaubt habe, hinauszugehen, und dann äußerte: der Herr Hofrat habe ihm sein Wort nicht gehalten, kurz und streng geantwortet, daß er schweigen solle, daß er nun zur Strafe in seinem Kerker bleibe und weniger zu essen aber mehr zu trinken (Arzneien) haben solle.

Hinter dem Wahnsinn leuchtet beständig der Funke des hellen Verstandes und der Überlegung hervor, und, obgleich der Zustand unseres Patien-

ten unfrei und von irrigen Ideen beherrscht ist, so ist doch all sein Handeln und vielmehr seine Worte nach einem bestimmten Plane geordnet, der ihm, wenn er ihm glücken würde, gewiß, wie er sich einbildet, nützlich sein müsse. Ich meine hier nicht, daß man ihn etwa für das hielte, wozu ihn seine phantastischen Gedankenbilder machen, sondern daß er die Zwecke des gewöhnlichen Lebens, Essen und Trinken, gutes Bett etc., verlange. Überhaupt scheint mir die Art seiner Melancholie, daß sie gerade hier religiös ist, mehr zufällig zu sein und der Grund des Übels keineswegs in einem tiefen Grübeln, sondern in äußerer Not und darauf berührender Kränke seines Geistes zu liegen. Er bedient sich zum Beispiel, um seinen Zweck, ein besseres Zimmer zu erreichen, jener wunderbaren Worte und Ideen (über die er gewiß wenig nachgedacht und die er gewiß nicht zu einer fixen Idee ausgesponnen und vereinigt hat), um uns in Respekt oder Furcht zu setzen. Doch geht ein solcher niederer Zustand seines Wahnsinns bald in einen solchen höheren über, wo er sich wirklich für etwas Außerordentliches hält und sich ausschließlich mit seinen Ideen beschäftigt. Auch wird mit dem letzten Zustand sein periodisch ausbrechender Wahnsinn immer beginnen und in den eigentlichen Paroxysmen vor- oder alleinherrschend sein. Daher ist bei dem ersten Zustand oft kurze und dabei strenge Behandlung notwendig, indem Nachgiebigkeit ihm nur schwach oder dumm erscheinen würde.

(Den 12. Oktober.) Sehr gut hat unsere Strenge gewirkt. Mit einem Händedruck wurde ich vom schlauen Narren empfangen, und er sprach wenig in seiner verwirrten Sprache. Er suchte mir sogar zu bedeuten, daß sein Übel keineswegs im Kopfe stecke, sondern ein heftiger Brustschmerz sei, an dem er schon lange leide.

(Den 13. Oktober.) Noch artiger ist unser Patient heute, dem Hofrat hat er das zugefügte Unrecht abgebeten, indem er es auf boshafte Verläumdung schob. Immer mehr beginnt er seine fixen und vagen Ideen zu verlieren, und zu seinem gewöhnlichen stolzen und impertinenten Charakter zurückzukehren. Er sieht ein, daß er auf dem unrechten Wege war, um von uns Vorteile für sich zu gewinnen, vielleicht auch, daß er dumme Streiche machte. So schiebt er jetzt seine Krankheit vom Kopf auf die Brust, und meint, da stecke es, was ihn plage. In doppelter Hinsicht wird ein Vesikatorium wohltätig sein, indem es sowohl allenfallsige Schmerzen herauszieht und eingebildete vertreibt, als auch die Aufmerksamkeit des Kranken von seinen Einbildungen und Phantasien ablenkt und ihn auch gewissermaßen demütigt.

(Den 15. Oktober.) Seit dem 13. ist unser Melancholikus so auf der Besserung, daß ich ihn bald zu entlassen gedenke, der Paroxysmus ist zu Ende, seine Gedanken kehren immer mehr zu dem gewöhnlichen Gleise zurück, und sein Betragen ist ruhiger. In dem Manne haust eine unversiegbare Quelle von Anmaßung und Stolz, die sich in seinem hoffärtigen Wesen und seinem Stolz offenbart, und die ihm schwer oder wohl nie ausgetrieben werden kann, da jedes heftige Mißgeschick, das ihn trifft, bei ihm besonders die Armut, nicht zu seiner Demütigung wird, sondern den unglücklichen oder glücklichen Geist ins Reich der gewaltigen Verrücktheit herüber führt. Hier vergißt er sein eigentliches Leiden in Schlaf und Traum und kehrt allmählich in seinen alten Zustand, in seine alten Verhältnisse zurück, um durch sein Mißgeschick wieder zur rechten Zeit im Narrenhaus Schutz und Zuflucht zu finden.

(Den 17. Oktober.) Die ruchloseste Grobheit beseelt diesen Menschen, und plagt ihn und andere mehr, als alle seine fixen Ideen; durch Güte ist nichts über ihn zu gewinnen, er ist durchaus Sklave seines bösen Dämonen. Wir erlaubten ihm, ums Haus herumzugehen, da läuft er gestern in die Weinberge, nicht aus Verrücktheit, sondern aus trotzigen Übermut, und diesen Morgen ist er unmäßig wild und grob. Wenn er nur Arbeit bekäme, allein sein Künstlerstolz bequemt sich nicht, um gewöhnlichen Lohn zu arbeiten, und seine Forderungen sind sehr übertrieben. So ist er denn immer ohne Arbeit. Ärztlich zu kurieren — sei es mit Arzneien, sei es mit psychischen Mitteln — ist er nicht, und daß handgreifliche Demütigungen nützlich und wohltätig für ihn wären, zweifle ich fast noch mehr.

(Den 19. Oktober.) So ganz will es sich noch immer nicht machen, doch sind die verrückten Ideen seltener und können schon im gewöhnlichen Leben als gute Münze kursieren. Das Übel steckt wirklich ausnehmend tief, und ist so genau mit dem ganzen Sinne und dem ganzen Sein des Unglücklichen verwebt, daß schwerlich ohne eine Metamorphose dieses gehoben werden kann.

(Den 21. Oktober.) Heute hat sich ein Rezidiv schlimmster Art eingestellt. Er ist sehr ruhig, aber durchaus verrückt. Kein Gedanke über seine jetzige Lage, inwiefern wir sie ändern sollten, kommt ihm in den Sinn, dagegen liegt er fast stumm und nur gegen mich in seiner Art offenherzig im Bett und kümmert sich wenig um das, was in seinem Zimmer vorgeht. Einzig und allein mit seiner Einbildung beschäftigt. . . . . . .



Der fehlende Ausgleich der Schädelmaße bei anatomisch bedingten Funktionsstörungen des Gehirnes.

Von Dr. **Leo Wolfer**, Görz.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

So wertvolle Resultate die anthropologischen Studien am menschlichen Schädel auch zeitigten und so eindeutig uns oft die Daten erscheinen, die man gewinnt, wenn man Form und Maß des Kraniums in Beziehung zur Entwicklung und Funktion des Gehirnes bringt, immer gab und immer wird es Fälle geben, in denen die Ergebnisse der Kraniometrie und Kranioskopie mit der physiologischen Dignität des betreffenden Gehirnes nicht recht in Einklang zu bringen sind.

Ich habe mich daher abseits von den gebräuchlichen Methoden der Schädelmessung gehalten, mich von den Lehren der Kraniometrie emanzipiert und vor allem die experimentell-physiologischen Ergebnisse und die klinischen Beobachtungen ins Auge gefaßt, von denen ich in gedrängter Form das folgende zunächst festhalten will:

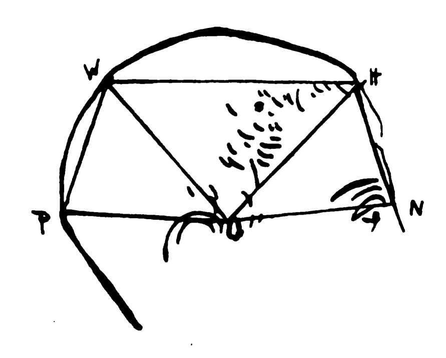
1. haben insbesondere Flechsig, Luciani und Goltz die Beobachtung gemacht, daß Verletzungen der Scheitellappen, der Scheitelschläfenteile und des Hinterhauptes die größten Störungen der Intelligenz hervorrufen;
2. erzeugen Läsionen in den Assoziationsfeldern von Flechsig (1. und 2. Stirnwindung, 2. und dritte Schläfewindung, der ganze Scheitellappen, Teile des Hinterhauptes, der Präkuneus, die Inseln) schwere Verblödung;
3. bedingen Läsionen der Schläfewindungen, des größten Teiles des Scheitellappens und seiner Übergänge in den Hinterhauptslappen, des Gyr. supramarginalis, Gyr. angularis und des Präkuneus Apraxie, Alexie, Agraphie, amnestische und sensorische Aphasie, Agnosie, aber keine Lähmung und Empfindungslosigkeit;
4. ist die Integrität der 1. Schläfenwindung notwendig, weil dort die Assoziation zwischen den Klangbildern der gehörten Worte und den dazu gehörigen Vorstellungen zustande kommt;
5. steht klinischen Erfahrungen zufolge die temporo-okzipitale Zone zu den höheren geistigen Vorgängen in naher Beziehung;
6. liegen die Projektionsfelder von Flechsig in den Zentralwindungen, im Gyr. fornicatus, im anstoßenden Teil der ersten Stirnwindung, im Gyr. hippocampi, im Unkus, in der Umgebung der Fissura calcarina und der Innenfläche des Schläfepols;
7. bedingen Läsionen im Marklager des Schläfepols Worttaubheit (geringe geistige Fähigkeiten der Taubstummen infolge Läsion der Hörsphäre);
8. hat Rüdinger bei hochintelligenten Menschen eine außerordentliche Ausbildung der Scheitellappen beobachtet.

Dagegen haben selbst ziemlich ausgedehnte Erkrankungen in der weißen Substanz des Stirnhirns keine auffallenden Erscheinungen zu Lebzeiten gemacht, obschon Hitzig, Ferrier und Bianchi die Intelligenzsphäre in den Stirnlappen verlegten.

Danach liegen die für die Intelligenz in erster Linie in Betracht kommenden Gehirnpartien in jenem Teil des Schädels, der von zwei Geraden begrenzt wird, wovon wir uns die eine, OH, vom oberen Ohrmuschelansatz zur Haargrenze, die andere, OW, vom oberen Ohrmuschelansatz zum Haarwirbel gezogen denken. Indem wir die beiden Punkte H und W durch eine Gerade verbinden, erhalten wir das Dreieck OHW. — Ziehen wir dann von O aus eine Gerade zur Protuberanz des Hinterhauptes P und eine weitere zum Nasensattel N und verbinden wir einerseits die Punkte W und P, andererseits die Punkte H und N durch je eine Gerade miteinander, so ergeben sich uns die beiden weiteren Dreiecke OPW und OHN.

Die Länge sämtlicher Geraden erhob ich mittels des Tastzirkels, und zwar sowohl vom linken als auch vom rechten oberen Ohrmuschelansatz aus, und verwendete dann das daraus berechnete Mittel.

Ich habe dann den Umfang jedes dieser Dreiecke ermittelt und gefunden, daß bei Gesunden wie



Geisteskranken die Größe der drei Dreiecke sehr variabel, das mittlere Dreieck aber immer das größte ist. Jedoch ist dieses bei Psychopathen kleiner als bei Geistesgesunden.



Die beiden anderen Dreiecke zeigen in ihrem Größenverhältnis zueinander die mannigfachsten Schwankungen; bald ist das eine, bald das andere das größere; aber auch Fälle, in denen beide gleich groß sind, kommen vor.

Das wichtigste aber ist folgende Tatsache:

Trotz der variablen Größe dieser drei Dreiecke überschreitet die Summe der Größenunterschiede zwischen den Dreiecken OHN und OHW, OHW und OPW, OPW und OHN beim geistig Gesunden immer die Zahl 25, mit anderen Worten: es macht sich trotz der Größenschwankungen dieser Dreiecke stets ein gewisser Ausgleich geltend. Beim Schädel des Psychopathen dagegen bewegt sich die erwähnte Summe unter 25, und zwar deswegen, weil das mittlere Dreieck kleiner, also die Summe der Differenzen zwischen ihm und dem Dreieck OHN einer- und dem Dreieck OPW andererseits geringer ist, ohne daß jedoch dafür der Größenunterschied zwischen dem vorderen und hinteren Dreieck größer wäre. Beim Psychopathen fehlt also der früher erwähnte Ausgleich zwischen den drei Schädelabschnitten. Mithin erscheint die weitere Annahme berechtigt, daß auch zwischen den analogen Gehirnabschnitten jener notwendige Ausgleich nicht zustande kommt, der dem betreffenden Gehirn eine vollwertige Funktion sichern würde.

Daraus ließe sich vielleicht die weitere Vermutung ableiten, daß die drei Gehirnabschnitte gewissermaßen vikariierend für einander einzutreten vermögen, wie dies für andere Organe zu einer längst bekannten Tatsache geworden ist. Auch der Umstand, daß bei den Rechtshändern die linke Hemisphäre an den höheren mnestischen und assoziativen Funktionen wie an den Form- und Farbenerinnerungen in viel bedeutenderem Grade beteiligt ist als die rechte, beim Gehirne der Linkshänder dagegen mehr weniger das Umgekehrte der Fall ist, kann ja als ein Vikariieren gedeutet werden.

Meines Erachtens ist also die Form und Geräumigkeit des Schädels für die Höhe der Organisation eines Gehirns und den Grad der geistigen Fähigkeiten eines Menschen nicht so sehr von Belang als vielmehr das Verhalten der drei erwähnten Schädel- bezw. Gehirnabschnitte zueinander, wenngleich das Gesagte nur als vorläufige *Mitteilung* aufgefaßt werden möge.

Mitteilungen.

— **Lokalbehandlung der progressiven Paralyse mit salvanisiertem Serum.** Hierüber machten Dr. A. Marie (Villejuif bei Paris), Dr. Levaditi (Institut Pasteur, Paris) und Dr. de Martel (Paris) in der Sitzung der Société clinique de Médecine mentale zu Paris vom 16. Februar 1914 unter Krankenvorstellung eine hochbedeutsame Mitteilung, die der besonderen Wichtigkeit wegen im Urtext wiedergegeben sei (Bulletin de la Soc. Clinique de Méd. mentale, VII. Jahrgang, Februar 1914, Seite 39, Paris. O. Doin et Fils, Editeurs, 8, Place de l'Odéon, 6 e):

Ponctions cérébrales et Instillations spirillicides intraméningées dans la P.G.

Dans une note présentée à la Société Médicale des Hôpitaux [1]) (séance du 28 novembre 1913), nous avons exposé les résultats de nos essais concernant le traitement de la paralysie générale par des injections de néosalvarsan dans le canal rachidien. Nous avons insisté sur la nécessité de l'introduction des médicaments antisyphilitiques sous la dure-mère cérébrale, afin de réaliser un contact plus intime entre ces médicaments et les tréponèmes, et nous annoncions nos recherches expérimentales destinées à préciser les meilleures conditions de cette thérapeutique intracranienne.

Nous apportons aujourd'hui les résultats des premières tentatives faites sur l'homme. Quoique le temps écoulé depuis l'intervention soit trop court pour que la méthode puisse être jugée definitivement, les faits que nous relations nous renseignent sur la technique à employer et sur les effets immédiats de ce mode de traitement.

Nous nous sommes servis comme agent thérapeutique du sérum de lapins ayant reçu du salvarsan dans les veines. Levaditi et Mutermilch [2]) ont constaté, en juin 1911, que le sérum des animaux qui reçoivent du 606 dans le péritoine jouit d'un pouvoir microbicide intense in vitro, pouvoir qui diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne du moment où l'on a pratiqué l'injection du médicament, et qui persiste après le chauffage de ce sérum à 55 degrés. Ces recherches, restées inédites, sont d'accord avec les résultats publiés récemment par Ellis et Swift [3]); ces auteurs ont d'ailleurs recommandé l'emploi du sérum en question pour la thérapeutique du tabes et de la syphilis médullaire en injektion intrarachidienne.

Nous nous sommes adressés au sérum de lapins salvarsanisés afin d'éviter l'action inflammatoire de la

[1]) Marie et Levaditi, Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 1913, 1. XXIX, no 35, p. 675.

[2]) Levaditi et Mutermilch, Soc. de Pathologie exotique, séance du 10 déc. 1913.

[3]) Ellis et Swift, The Journal of experim. Med., juillet 1913, p. 429.



plupart des médicaments antisyphilitiques employés en nature.

Voici les détails de nos recherches:

Un lapin de 2,600 grammes reçoit dans les veines 0 gr. 07 de salvarsan par kilogramme, dans la circulation générale. L'injection produit un choc violent, mais l'animal se remet rapidement; on le saigne à blanc une heure après l'inoculation, le sérum est décanté et chauffé pendant quarante-cinq minutes à 55 degrés. Des expériences faites in vitro avec les trypanosomes du Nagana et les spirilles de la fièvre récurrente montrent que ce sérum jouit d'un pouvoir trypanocide et spirillicide intense (destruction totale des parasites après une heure de contact à 37 degrés). Ce sérum injecté sous la dure-mère d'un Macacus cynomolgus à raison de 1 c. c. pour chaque hémisphère cérébral (trépanation bilatérale), ne produit aucun trouble apparent; l'animal survit indéfiniment.

Le 1er décembre 1913, les malades Co..., et Ri..., atteints de paralysie générale, sont traités de la façon suivante: trépanation bilatérale sous anesthésie chloroformique, pratiquée avec le trépan de de Martel, à la partie antérieure de la région temporale; injection de 5 c. c. de sérum, de chaque côté, en dirigeant la pointe de l'aiguille recourbée tout d'abord en avant, ensuite vers la région pariétale; introduction du liquide sous la dure-mère, lentement et progressivement; suture des deux plaies.

(Folgen die Krankengeschichten.)

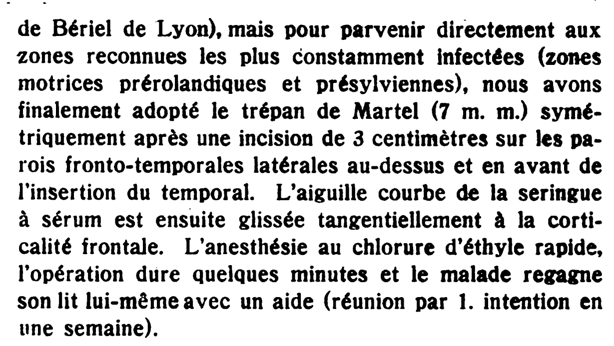
Ces deux observations montrent que l'injection sous la dure-mère, du sérum salvarsanisé chez les paralytiques généraux, malgré les accidents inquiétants du début, est supportée sans produire de troubles persistants. Ces accidents (fièvre intense, vomissements, prostration, convulsions partielles, catatonie), ne paraissent pas dus au sérum, mais au médicament qu'il contient, attendu que ce sérum a été chauffé à 55 degrés et que Roux et Borrel ne les ont pas enregistrés chez leurs malades tétaniques, auxquels ils injectaient dans le cerveau des masses plus considérables de sérum. Le sérum salvarsanisé paraît provoquer une réaction intense[4]) des méninges cérébrales et il y a lieu d'espérer que cette réaction, associée à l'action spirillicide spécifique du médicament, pourra amener une stérilisation de l'écorce cérébrale. Ce qui est hors de doute, c'est que nos malades ont été sensiblement améliorés par ce mode de traitement, surtout le second, dont la paralysie générale est moins avancée que chez le premier.

Depuis le 1er décembre 10 autres cas analogues ont été opérés avec succes, dont les sujets seront ultérieurement présentés aux sociétés scientifiques de Paris, dès qu'un laps de temps suffisant sera écoulé permettant d'affirmer un résultat durable.

Quant aux techniques opératoires, elles sont des plus simples.

Nous avons d'abord cherché sur le cadavre à utiliser la ponction cérébrale par voie sphéno-orbitaire (procédé

[4]) Réaction d'Herxheimer .


de Bériel de Lyon), mais pour parvenir directement aux zones reconnues les plus constamment infectées (zones motrices prérolandiques et présylviennes), nous avons finalement adopté le trépan de Martel (7 m. m.) symétriquement après une incision de 3 centimètres sur les parois fronto-temporales latérales au-dessus et en avant de l'insertion du temporal. L'aiguille courbe de la seringue à sérum est ensuite glissée tangentiellement à la corticalité frontale. L'anesthésie au chlorure d'éthyle rapide, l'opération dure quelques minutes et le malade regagne son lit lui-même avec un aide (réunion par 1. intention en une semaine).

Dangers à éviter: 1. Ne pas trépaner dans la fosse temporale où l'on rencontre de gros vaisseaux de l'épicrâne, les vaisseaux diploïques ou des branches méningées moyennes que l'aiguille peut déchirer.

2. Eviter de pénétrer dans l'encéphale avec l'aiguille d'injection, car le sérum fait alors poche et constitue un foyer d'autant plus grave qu'il est proche de la zone motrice et que le quart de tour l'aiguille courbe, au lieu d'être tangeant à la corticalité, se produisant dans la substance cérébrale concourt au dégât et transforme la poche séreuse en foyer hémorragique par déchirure des vaisseaux superficiels.

Parallèlement aux instillations intracraniennes, nous poursuivons bien entendu la médication intraveineuse par le néo-salvarsan en doses fractionnées mais répétées de 0,30 centigr. de 5 en 5 jours jusqu'à concurrence de 5 à 6 doses en surveillant les rythmes fonctionnels et les émonétoirs. Nous donnerons prochainement les contrôles bio-chimiques et les résultats lointains mentaux et physiques de la rémission ainsi que les modifications de réactions biologiques générales et centrales avec le degré de perméabilité choroïdienne et de persistance des dérivés arsénicaux dans l'économie des excrétas.

Il était indiqué de traiter les paralytiques généraux, non seulement avec le sérum salvarsanisé, mais encore avec un sérum renfermant, en plus du 606, des anticorps antispirillaires spécifiques. Dans ce but, nous avons eu recours à des lapins porteurs de gros chancres syphilitiques qui guérissent de leurs lésions au moyen d'une injection préalable d'arsénobenzol. Quelque temps après la guérison, alors que l'antigène spirillaire s'était résorbé et que l'organisme fabriquait des anticorps, on a pratiqué une nouvelle injection de 606 (0 gr. 07 par kilogramme d'animal).

C'est ce sérum qui a servi à traiter la dernière série de nos paralytiques généraux par voie intracranienne.

La plupart de nos 10 cas ont été opérés et traités à une phase avancée de la maladie. Les résultats enregistrés chez ces derniers sont moins favorables, quoique la maladie ne se soit pas aggravée du fait de l'opération ni depuis. Un seul a présenté un ictus léger deux mois après l'intervention, l'examen du liquide rachidien pratiqué plusieurs semaines après traitement ne montrait pas encore de changement en ce qui concerne l'albumodiagnose, la lymphocytose et le Wassermann. Une observation prolongée est évidemment nécessaire pour de tels cas.

— **Bericht über den Internationalen Irrenfürsorge-Kongreß in Moskau.** Vom 8. bis 13. Januar 1914. (Schluß)

Das reiche Kongreßprogramm von Vorträgen und Besichtigungen wurde ergänzt durch die Darbietung einer wahrhaft glänzenden Gastfreundschaft seitens der russischen Kollegen und der Anstalts- und Stadtverwaltungen. Was in dieser Hinsicht auf die herzlichste Weise uns dargeboten wurde, war nicht nur geradezu luxuriös, sondern auch in feinsinniger Weise durchdacht. Am Empfangsabende versammelte Professor Bashenoff, die Seele des Kongresses, einen großen Teil der ausländischen Gäste in seinem eigenen Heim, unterstützt durch die freundliche Mitwirkung seiner Schwester, die sich in der Moskauer Hilfsschulorganisation bedeutende Verdienste errungen hat, und eines Stabes von Kollegen, Assistentinnen und Schülerinnen.

Im Empfangsbureau waltete vor allem Dr. Zettlin unermüdlich seines schwierigen Amtes als Generalsekretär. Am Abend nach der ersten Sitzung, dem zweiten Weihnachtstage des russischen Kalenders, wurde im großen Saal des Bolschoi moskowski gastiniza eine Weihnachtsbescheerung veranstaltet. Um einen riesigen Christbaum versammelten sich die Gäste an kleinen Tischen, Weihnachtsgeschenke wurden ihnen überreicht, Hefte mit russischen Volksliedern und entzückende Erzeugnisse der russischen Hausindustrie, vor allem originelle Schnitzereien; dazu fand ein „ethnographisches" Konzert statt, indem ein früherer Patient der Preobrajenskianstalt, der jetzt dort als Bureauassistent tätig ist, einige von ihm organisierte Gruppen von musikalischen Landleuten vorführte. Er hat selbst auf den Dörfern die Chöre zusammengestellt und alte, bei den Städtern in Vergessenheit geratene Volksinstrumente zur Begleitung von Volksgesängen verwandt, die sogenannte Lyra, die Bandura, Holzhörner, dann eine Doppelflöte, ferner die aus einem Kuhhorn hergestellte Joleika. Männer- und Frauenchöre sangen zu diesen Instrumenten, Landleute aus der Gegend von Rjäsan, von Wladimir, von Smolensk, von Tula und von Woronesh in ihren Nationaltrachten; es waren vielfach einfache Tänze und Gesänge von tiefem Stimmungsgehalt, dann kleine Szenen, den Abschied zum Heer oder Hochzeitsgesänge darstellend, ferner ein musikalisches Bild ohne Worte, das die Näherkunft der singenden Schiffer auf der Wolga und ihre Weiterfahrt bis zum Verklingen in der Ferne wiedergab. In einigen Monaten soll der verdienstvolle Schöpfer dieser Volkschöre, Piatznizki, seine Truppe dem Zaren vorführen.

Sachkundige Führung geleitete uns durch die Galerie Tretjakoff, die eine Fülle erlesener Werke der im Auslande vielfach noch nicht hinreichend gewürdigten russischen Malerei darbietet. Neben Aiwasowski, dem eminenten Meeresmaler, und dem sensationskräftigen Wereschtschagin, der bei Port Arthur tragisch endete, dem bedeutsamen Historienmaler Ssurikow steht in allererster Linie mit seiner tiefen und vielseitigen Kunst Rjepin, dessen Bildnisse lebendig sind wie die Lenbachs, der in Werken wie Gogols Verzweiflung oder des Sträflings Heimkehr tiefste innere Bewegung entfaltet und auf seinem Prozessionsbilde mit der Treue und Akribie eines Menzel die Massen entwickelt. Sucht er auch immer einen gewissen Nachdruck auf die Ausarbeitung des Stofflichen zu legen, so steht er doch auch gewiß rein technisch betrachtet, nach Aufbau und Zeichnung wie nach der Farben- und Lichtbehandlung, auf einer überragenden Stufe. Sein populäres Historiengemälde, Zar Iwan der Schreckliche an der Leiche seines von ihm selbst getöteten Sohnes, ist vor einigen Jahren Opfer eines Geisteskranken geworden, der es in seiner Hauptfigur mit Messerstichen verstümmelte; doch hat der Künstler das Bild wieder trefflich zu renovieren vermocht.

Troiken in langer Reihe führten die Kongreßteilnehmer an einem eisigfrischen Wintermorgen vor die Stadt zu den Sperlingsbergen, der historischen Stätte, an der Napoleon zum ersten Mal Moskau erblickte, einem Punkt mit berühmter Aussicht auf das eigenartig reizvolle Stadtbild.

Beim offiziellen Diner, zu dem die Stadt Moskau geladen hatte, wechselten die ernsten Reden mit den heiteren Darbietungen mehrerer Truppen von Sängern und Tänzern in malerischer Tracht, die zwischendurch die Galerien des Festsaales belebten, an die Repräsentationsbilder Paolo Veroneses erinnernd.

Eine besonders feinsinnige Veranstaltung war die Galavorstellung in dem Moskauer Künstlertheater, das von seinen Gastspielen auch bei uns rühmlich bekannt ist. Die Kongreßteilnehmer füllten den Parquettraum, die Ausländer waren in den Proszeniumslogen plaziert. Das Programm war eigens nach den Gesichtspunkten des psychopathologischen Interesses zusammengestellt. Durch eine französische Beschreibung waren die vorgeführten Szenen dem Verständnis näher gebracht, aber die beispielslos lebensgetreuen Darbietungen der russischen Künstler ermöglichten trotz aller Sprachschwierigkeit schon eine unmittelbare Einfühlung. Nach einer Szene aus Tolstois „Zar Ferdinand Iwanowitsch" wurden „Die Gebrüder Karamazoff" dargestellt, nach dem elften Kapitel des zweiten Bandes von Dostojewskys Roman „Der Teufel, der Alpdruck des Iwan Karamazoff". Iwan ist des Glaubens, seinen Vater ermordet zu haben, und wühlt in derartigen krankhaften Ideen; in einer äußerst spannenden Szene wechseln rein halluzinatorische Momente, wo er den Teufel vor sich zu haben glaubt, mit Situationen einer gewissen Kritik an seinen krankhaften Vorstellungen. Der phänomenalen Wiedergabe eines Aktes von Maeterlincks blauem Vogel, in dem blühende Phantastik und ausschweifende Personifikation auf der Grundlage psychologisch feiner Beobachtung erwacht, folgte wieder eine Dostojewsky-Szene „Nikolai Stavrogina"; von packender Realistik war das Zusammentreffen Nikolais mit seiner ihm heimlich angetrauten Frau Maria Timofejewna Lebiadkina, die in psychischer Alteration lange auf ihn geharrt hat und nun, merklich psychisch geschwächt, ihn nicht wiedererkennen will. Eine originelle Wiedergabe von Molières eingebidetem Kranken mit an-



schließender phantastischer Pantomime schloß den höchst eindrucksvollen Abend.

Auch ein spätabendlicher Ausflug nach Yard durfte nicht fehlen, dem großstädtischen und doch russisch eigenartigen Vergnügungslokal, weit draußen im winterlichen Petrowkipark. Ferner wurde auch von kollegialer Seite, wie von Professor Minor, in vornehmer Weise Gastfreundschaft geübt. Ebenso haben sich die verschiedenen Anstalten, die zur Besichtigung wie auch zum Abhalten von Vortragssitzungen aufgesucht wurden, in gastlichem Empfange und opulenter Verpflegung geradezu überboten, so daß manchmal die Vortragenden es nicht ganz leicht hatten, die nötige Konzentration für ihre Ausführungen zu gewinnen. Neben somatischen Genüssen wurden Musikstücke, Gesänge und Deklamationen von Kindern mit Darreichung von Salz und Brot, sowie zahlreiche Ansprachen geboten, bei denen manche Redner sich in 6 verschiedenen Sprachen äußerten.

Auch in St. Petersburg und Umgegend haben die russischen Kollegen unter Anregung von Dr. Bari ihre Gäste in ganz hervorragend gastlicher Weise empfangen.

Alles das sei hier erwähnt, nicht um naiverweise bei den Kollegen, die ferngeblieben sind, post festum Bedauern zu wecken, sondern weil wirklich von den russischen Psychiatern ein kaum erreichbares Vorbild an kollegialer Gastfreundschaft gegeben worden ist. Nicht nur die gebotenen geistigen und materiellen Genüsse waren das Dankenswerte, sondern auch die gewinnende, von Herzen kommende Art, wie man den Gästen entgegenkam. Es kann auch gern betont werden, daß den deutschen Besuchern in mindestens der gleichen herzlichen Weise gastlicher Empfang geboten worden ist, wie den Kollegen von der Entente cordiale, mit denen wir übrigens in konziliantem kollegialem Einvernehmen jene Tage verbrachten. Um so erfreulicher und auch bedeutungsvoller ist dieses Entgegenkommen der russischen Kollegen, als wir Psychiater ja noch in allen Landen eine gewisse Kampfstellung einnehmen, indem wir dem großen Publikum, wie auch vielfach den Behörden gegenüber immer wieder aufs neue unsere Existenzberechtigung verteidigen und die Hilfsbedürftigkeit unserer Kranken hervorheben müssen. Um so dringender und eindrucksvoller ist es daher, daß durch gegenseitige Fühlungnahme der Vertreter der Psychiatrie aller Kulturvölker das Ziel einer möglichst hochentwickelten und erfolgreichen Irrenfürsorge angestrebt wird.

W. Weygandt.

— **Wachhunde bei der Verwahrung geisteskranker Verbrecher.** Hierzu enthält der „Bericht über die westfälischen Anstalten für Geisteskranke und Idioten 1912" Seite 50 bei Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Eickelborn folgende Notiz:

„Erfreulicherweise gelang es, immermehr Kranke zu einer geeigneten Beschäftigung anzuleiten — teils in den Garten- und Parkanlagen, teils in neu eingerichteten Werkstätten. Besonders hervorzuheben ist, daß auch im Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen nur noch ganz wenige Insassen (durchweg 4 bis 5) unbeschäftigt sind. Dieser Fortschritt ist an erster Stelle dem vorzüglichen Pflegepersonal zu danken. Dann sind aber auch mit der zu Anfang des Jahres 1912 erfolgten Einführung von Polizeihunden recht gute Erfahrungen gemacht worden. Es wurde dadurch einmal eine größere Sicherheit des Hauses selbst erzielt, und weiterhin konnten seitdem ständig 10 bis 15 Kranke des Bewahrhauses unter Bewachung von 2 bis 3 Pflegern und 1 bis 2 Hunden mit Feldarbeit beschäftigt werden, ohne daß es dabei bisher zu unliebsamen Zwischenfällen gekommen wäre; die Kranken, die bis dahin nie aus dem Bewahrhause herauskamen, empfinden die Beschäftigung im Freien als eine Wohltat und haben sich an die Begleitung der Hunde rasch gewöhnt."

Personalnachrichten.

Um **regelmäßige und lückenlose Mitteilung** der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— Unter den Irrenärzten der **Brandenburgischen Provinzialverwaltung** sind im letzten Halbjahr folgende Veränderungen eingetreten:

Den Brandenburgischen Provinzialdienst haben verlassen: der Arzt Dr. med. Schott von der Landesirrenanstalt Sorau am 31. Dezember 1913 und der Arzt Dr. med. Brand, Friedrich, von der Anstalt für Epileptische in Potsdam am 31. März 1914.

In den Ruhestand versetzt wurde der Arzt Dr. med. Knecht von der Landesirrenanstalt Neuruppin am 1. Januar 1914.

Zu Anstaltsärzten sind ernannt worden die Assistenzärzte: Dr. med. Sitzler, Landesirrenanstalt Eberswalde am 20. November 1913, Dr. med. Gorn, Landesirrenanstalt Sorau am 1. Dezember 1913, Dr. med. Syring, Landesirrenanstalt Teupitz am 19. Februar 1914 und Dr. med. Hallervorden, Landesirrenanstalt Landsberg a. W. am 1. März 1914.

Neu eingetreten sind die Assistenzärzte Dr. med. Hellwig, Landesirrenanstalt Sorau am 15. November 1913 und Dr. med. Henrich, Landesirrenanstalt i. E. Fürstenwalde (Spree) am 1. Januar 1914 — letzterer ist abgeordnet zur Trinkerheilstätte „Waldfrieden" bei Fürstenwalde (Spree).

Anstaltstechnisches.

Musikalische Unterhaltung für Anstaltspfleglinge. Den Kranken den Genuß einer gediegenen Musik zu bieten, ist in manchen öffentlichen Anstalten nicht immer leicht und billig. Die isolierte Lage mancher Anstalten spricht auch mit. Eigene Kräfte stehen nicht immer zur Verfügung.

Wo zudem die Ansprüche der Pfleglinge nicht gerade auf das Anhören von Künstlern und von Kammermusik gehen, vermögen bessere mechanische Musikapparate recht gute Dienste zu leisten und selbst stumpfe Gemüter freudig zu beleben, sei es auch nur für einige Stunden in der Woche. Ganz besonders hervorragende Fabrikate von Sprechmaschinen und Schallplatten liefert die Fabrik **August Stukenbrok, Einbeck**; die „Aste-Schallplatten" sind mit Aufnahmen berühmter Künstler und Orchester bespielt, bieten aber auch Choräle, Volksweisen, Potpourris etc. **Jede Pfleglingsabteilung**, soweit sie nicht klinischer Behandlung dient, sollte einen solchen Musikapparat besitzen.



Geschäftliches.

Eier-Konservierung.

Ein neues Verfahren der Eierkonservierung, das mit Recht als ein ideales Mittel bezeichnet wird, ist das anerkannte „Garantol"-Präparat, das sich gleichermaßen durch Billigkeit, bequeme Verwendbarkeit, Reinlichkeit, absolute Zuverlässigkeit auszeichnet.

Bei Anwendung von Garantol kann jedermann den Bedarf an Eiern im Frühjahr, also zurzeit billigster Preise decken, da dieses Präparat frische und saubere Eier mehr als 1 Jahr lang tadellos und frei von jedem störenden Beigeschmack erhält, so daß der so konservierte Vorrat für alle Zwecke in der Küche und in der Backstube verwendbar bleibt.

Bei Garantol-Konservierung trennen sich Dotter und Eiweiß ganz wie bei frischen Eiern und läßt sich letzteres leicht zu festem Schnee schlagen. Dabei genügt für M 2,— Garantol zum Konservieren von 2400 Eiern.

Das Verfahren ist einfach, die Prozedur ist folgende: Man nimmt ein reines sauberes Gefäß, füllt es bis zur Hälfte mit gewöhnlichem kaltem Wasser und tut auf je 1 Liter Wasser 10 Gramm Garantol, rührt diese Mischung einige Minuten um und legt nun reine frische Eier hinein. Man streut ab und zu etwas Garantol nach, und wenn der Behälter soweit voll ist, daß noch etwa eine Handbreit

Lösung über den Eiern steht, streut man von neuem etwas Garantol auf die oberste Schicht und bedeckt die Flüssigkeit mit dem jeder Packung beigegebenen Antikarbonatpapier, das dünn und durchscheinend ist, mit blauem Druck versehen, und auf der Flüssigkeit schwimmt. Das Gefäß wird mit einem Bogen Papier überbunden zum Schutze gegen Staub usw.

Die einfache Arbeit sollte niemand scheuen, sondern man sollte stets bei billigen Eierpreisen einen Vorrat einlegen, der für die Zeit der teuren Eier ausreicht, denn wie angenehm ist es, wenn man zur Zeit der Teuerung reichlich Eier zu den billigen Frühjahrspreisen zur Verfügung hat, nicht damit zu geizen braucht und außerdem welch große Ersparnis. Auf beiliegenden Prospekt wird besonders aufmerksam gemacht.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Kalle & Co.**, Aktiengesellschaft, **Biebrich**, betr. „Dormiol" bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Stellengesuche

An der **städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Breslau** ist zum 1. Juli 1914 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Das Gehalt beträgt 2200 Mark und steigt von 2 zu 2 Jahren um je 300 Mark bis 3400 Mark jährlich. Außerdem wird freie Station (Beköstigung. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Bedienung) gewährt.

Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sowie Auskunft über die Militärverhältnisse sind an den Oberarzt Dr. Chotzen. Einbaumstr. 23/25, einzureichen.

Nur unverheiratete Bewerber, die in der Anstalt wohnen müssen. werden berücksichtigt.

Auswärts verbrachte Dienstzeit wird unter Umständen angerechnet.

An der **Provinzialheilanstalt Warstein i. W.** (1450 Betten, 5 Minuten von Stadt und Bahnhof Warstein) soll alsbald eine

Arztstelle

besetzt werden.

Eintritt als Assistenzarzt: Gehalt im 1. Jahre 1800, im 2. Jahre 2000, im 3. Jahre 2200 M neben freier Station. Bei voller Bewährung für den Anstaltsdienst im 4. Jahre feste pensionsberechtigende Anstellung als **Abteilungsarzt** mit 3600—6300 M (Oberärzte bis 7500 M) nebst Familienwohnung mit Garten. Frühere ärztliche Tätigkeit kann ganz oder teilweise auf die dreijährige Assistenzarztzeit angerechnet werden. Solche Ärzte, welche mindestens 3 Jahre approbiert sind und sich im Irrenanstaltsdienste bereits als tüchtig bewährt haben, **können auch sofort als Abteilungsarzt angestellt werden.**

Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an **die Direktion** der Provinzialheilanstalt Warstein.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 5. 2. Mai **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt.

Von Dr. **Fr. Uhlmann** aus Burgdorf (Schweiz),
früher Arzt an der Kgl. Heilanstalt Schussenried (Württemberg).

Wenn ich es wage, diese heikle Frage anzuschneiden, so bin ich mir der Schwierigkeit der Lösung voll bewußt, und ich maße mir auch nicht an, eine völlige Klärung durch meine Arbeit herbeizuführen. Sie soll lediglich einen Versuch darstellen unter Würdigung alter und Heranziehung neuer Erfahrungen.

Was mich zur Bearbeitung dieses Themas veranlaßte, das waren die Resultate der katamnestischen Erhebungen, welche ich anstellte über das Schicksal der aus der Kgl. Heilanstalt Schussenried in den Jahren 1902 bis 1912 „ungeheilt", meist wider ärztlichen Rat, Entlassenen.

Die Schwierigkeiten, welche oft den Anstaltsdirektionen erwachsen, wenn sie um die Entlassung eines Pfleglings angegangen werden, der noch nicht geheilt ist, sind ja bekannt. Daß die Angehörigen oft in der unsinnigsten Weise diese vorzeitige Entlassung fordern, ist wohl ebenso bekannt. Die tieferen Gründe dieses Begehrens liegen häufig nicht in einem so großen Erbarmen mit diesen Kranken oder in einer Sehnsucht nach einem Zusammenleben mit ihnen, obschon ich das Vorkommen dieser Gründe nicht bestreiten will; aber sie sind sehr oft mehr ökonomischer Natur. Die Kranken arbeiten nicht nur wenig oder gar nicht, sondern sie kosten noch täglich Geld. Ausschlaggebend ist dann allerdings meist das geringe Verständnis für Geisteskranke, das man im Publikum immer noch findet. Wie weit die Grenzen des Normalen im Publikum gezogen werden, das ist oft kaum glaublich. Freilich haben die Direktionen das Recht oder vielmehr die Pflicht, die Herausgabe von Kranken zu verweigern, erstens wenn solche von andern Behörden eingewiesen sind, und diese die Erlaubnis nicht gegeben haben, zweitens wenn der Kranke in seinem Zustand gemeingefährlich oder selbstmordverdächtig ist, oder wenn die Gefahr der Verwahrlosung besteht.

Es ist nun vor allem zu betonen, daß es nicht immer eine leichte Aufgabe ist, einen Patienten als gemeingefährlich zu erklären, wenn nicht die Erfahrung diese Annahme bereits bestätigt hat. Gerade in den Fällen, die zum ersten Male in der Anstalt sind, wäre es wichtig, sich hierüber Rechenschaft zu verschaffen. Bei einem rückfälligen Verbrecher ist die Frage in der Regel leichter zu beantworten. Ähnlich verhält es sich in bezug auf Selbstmord und Verwahrlosung. Im ersten Falle können wir allerdings schon eher etwas im Voraus sagen, während wir im zweiten Falle wieder fast ausschließlich auf die Erfahrung angewiesen sind. Die Entscheidung ist oft sehr schwer, ja fast unmöglich. Auch wenn wir nun diese Fragen ruhig verneinen können, so ist damit noch nicht gesagt, daß die Entlassung angezeigt sei, sondern es sind hierbei noch eine Reihe von Gesichtspunkten zu berücksichtigen, auf die ich später eintreten werde. Wenn die Angehörigen in diesem Falle auf der Entlassung beharren, so hat die Direktion kein Recht, die Herausgabe zu verweigern. Nun muß man ja auch zugeben, daß es für die ärztliche Leitung ein gewisses Risiko, eine Verantwortung bedeutet, denn auch wenn sie die Fragen betr. die Gemeingefährlichkeit und Selbstmordgefährlichkeit und Verwahrlosung verneint, so kann



sie es nicht mit absoluter Sicherheit tun. Es ist klar, daß die Direktionen diese oft schwere Verantwortung nicht mehr tragen wollen, wenn die Patienten entlassen sind, und so müssen denn die Angehörigen diese sogenannten „Reverse" unterzeichnen, wodurch sie die ganze Verantwortung auf sich nehmen.

Das höchste Interesse soll aber stets dem Patienten gewidmet werden, was leider nicht immer der Fall ist. Bedenken der verschiedensten Art trüben das Urteil, und die Unsicherheit auf diesem Gebiet ist sehr wohl verständlich.

Noch aus viel einfacheren Gründen wird es oft schwer vorherzusagen, ob die Frühentlassung zum Guten oder Bösen sein wird. Es weiß jedermann, wie ungemein schwierig in der Psychiatrie die Diagnosenstellung werden kann. Selbst wenn wir glücklich eine Diagnose haben, so haben wir in vielen Fällen damit noch keine Prognose. Die gleichartigen Fälle im Gebiete der inneren Medizin z. B. verlaufen freilich auch nicht alle gleich, aber die Unterschiede im Verlauf psychischer Erkrankungen sind doch noch sehr viel größer. Der Psychiater befindet sich oft wie auf einem Moor; wo er auch hintritt, ist alles beweglich, kein fester Grund. Ist es da verwunderlich, wenn gelegentlich Fehldiagnosen und Fehlprognosen vorkommen, oder sonst Überraschungen aller Art sich einstellen?

Deshalb ist es klar, daß wir den mit den Frühentlassungen gemachten Erfahrungen das allergrößte Interesse widmen müssen, sie allein können uns wegleitend sein. Wie oft haben wir es schon erlebt, daß ein Schwerkranker, den man entlassen mußte, zu Hause rasch besser wurde oder heilte. Freilich das Umgekehrte ist auch der Fall, und wir können ruhig behaupten, es gibt nur wenige zweifellose Zeichen, die uns Auskunft gäben über den voraussichtlichen Verlauf der Krankheit. Wenn selbst scheinbar ganz verblödete Katatoniker plötzlich ganz „gesund" werden, so ist die Unsicherheit bei leichteren Fällen noch größer und oft geeignet, den Psychiater nicht nur in den Augen des Publikums, sondern selbst seiner Kollegen anderer Spezialitäten herabzusetzen. Solange wir aber die Ursachen der Psychosen nicht besser kennen, werden wir auch die Folgen nicht besser verstehen können, und wenn wir auch zweifellos einmal so weit kommen werden, so ist dies jetzt immerhin Zukunftsmusik. Deshalb bin ich nun der Frage der Frühentlassung nähergetreten und habe, wie erwähnt, katamnestische Erhebungen angestellt über alle seit den letzten elf Jahren aus der k. Heilanstalt Schussenried „ungeheilt" entlassenen Pfleglinge.

So sehr ich auch die Literatur nach ähnlichen Arbeiten durchsah, so konnte ich doch nur eine größere Arbeit über dasselbe Thema finden, das allerdings ein wesentlich kleineres Krankenmaterial zur Verfügung hatte (30 Kranke). Es ist das eine Arbeit aus der Heilanstalt Treptow, bearbeitet von Dr. Tomaschny,[1]) worin der Verfasser zu denselben Resultaten gelangte wie ich im folgenden.

Eine einwandfreie Katamnese ist eine sehr schwere und kostspielige Aufgabe, und ich mußte aus verschiedenen Gründen darauf verzichten, die Kranken in ihrem Wohnsitz persönlich aufzusuchen oder in die Anstalt kommen zu lassen. Übrigens würde auch eine solche Maßnahme mir nur über den jetzigen Stand Aufklärung geben, während ich aber doch über das Befinden über die ganze Zeit seit ihrer Entlassung unterrichtet sein wollte. Der einfachste Weg, sich darüber Klarheit zu verschaffen, wäre nun gewiß der, daß man von den Angehörigen oder dem Hausarzt hierüber Auskunft verlangen würde. Wie schlecht oft die Angehörigen beobachten, und wie mangelhaft sie das Beobachtete berichten können, erfahren wir ja schon bei den Aufnahmeanamnesen; auf diese Angaben ist häufig wenig oder gar kein Verlaß. Da wir in den meisten Fällen den Hausarzt nicht kennen, so ist auch hier die Möglichkeit genommen, sichere Angaben zu erhalten, und vor allem muß man mit der Tatsache rechnen, daß viele eben gar nicht antworten, weil man sie ja nicht dazu anhalten kann. Es gibt nun eigentlich nur zwei Stellen, die von Amts wegen zur Beantwortung von Anfragen mehr oder weniger verpflichtet sind, die Schultheißen- und Polizeiämter. An diese habe ich mich denn auch gewandt, indem ich ein vorgedrucktes Frageschema wie folgt für jeden mutmaßlich in ihrer Gemeinde wohnenden ehemaligen Pflegling übersandte mit der Bitte, solches genau auszufüllen. Man kann mir nun entgegenhalten, daß die Auskünfte dieser Amtsstellen keine zuverlässigen seien, was medizinische Fragen anbetrifft. Nun verhält es sich in Wirklichkeit eben so, daß sich die Herren Schultheißen und Polizeivorsteher nicht selbst an die Beantwortung der Fragen herantrauen und meist einen Arzt damit beauftragen, so daß ich in der überwiegenden Mehrzahl sehr gute Informationen erhielt. Wo dies nicht der Fall war, stützte ich mich eben auf die positiven Aussagen.

[1]) Erfahrungen über Entlassungen von Kranken „gegen Revers". Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1911/12 Nr. 53 S. 536.



Übrigens habe ich das Frageschema so gewählt, daß die Ausfüllenden gezwungen waren, positiv zu antworten. Ich kann ruhig sagen, ich hätte eine solche prompte und korrekte Beantwortung nicht erwartet, und dies erleichterte meine Aufgabe wesentlich, so daß ich diesen Mitabeitern zu großem Dank verpflichtet bin.

Fragebogen.

Aktennummer?
Name und Vorname?
Wohnort und nähere Adresse?
Heimat?
Oberamt?
Geburtsjahr?
Zivilstand?
Beruf?
Eintritt?
Austritt?
Diagnose?
Austrittsstatus?

(Man bittet die nachstehenden Fragen soweit möglich genau auszufüllen.)

A. Patient ist seit der Entlassung krank geblieben.

I. Patient ist in eine andere Anstalt überführt worden.

(Über das Befinden vor der Überführung ist unter II zu berichten.)

1. Aus welchem Grunde?
2. Wie lange nach der Entlassung und in welche Anstalt?

II. Patient ist zu Hause.

1. Hat sich die Krankheit zu Hause gebessert oder verschlimmert?
2. Wie äußert sich die Krankheit im allgemeinen?
3. War der Verlauf ein gleichmäßiger oder periodischer?
4. Sind Sinnestäuschungen vorhanden und welche?
5. Sind Wahnideen vorhanden und welche?
6. Sind im Verlauf der Krankheit Selbstmordgedanken oder Versuche aufgetreten?
7. Sind während dieser Zeit für den Patienten wichtige Ereignisse körperlicher oder geistiger Natur eingetreten? (Tod von Angehörigen, unglückliche Liebe, finanzielle Sorgen, Geburten, schwere Krankheiten usw.)
8. Hat Patient den Zivilstand geändert (verheiratet, geschieden, entmündigt)?
9. Wie ist der körperliche Zustand?
10. Ist Patient arbeitsfähig?
11. Muß er beaufsichtigt werden?
12. Ist eine Pflege erforderlich?
13. Ist Patient seit der Entlassung mit dem Gericht in Konflikt gekommen und zutreffendenfalls wodurch?
14. Bemerkungen.

B. Patient ist gebessert.

(Über den Verlauf vor der Besserung ist unter A zu berichten.)

1. Nach welcher Zeit trat eine Besserung ein?
2. Worin äußerte sich die Besserung?
3. Wie lange hielt die Besserung bereits an?
4. Bemerkungen.

C. Patient ist wieder gesund geworden.

(Verhalten vor der Genesung ist unter A und B anzugeben.)

1. Nach wie langer Zeit?
2. Ohne Rückfälle?
3. Sind noch Spuren der Krankheit vorhanden und welche?
4. Wie sind eventuell eingegangene Ehen ausgefallen?

D. Patient ist gestorben.

(Über das Verhalten vor dem Tode ist unter A, B und C zu antworten.)

1. Wann (Jahr)?
2. Ist er an körperlicher Krankheit gestorben und an welcher?
3. Ist er durch Selbstmord gestorben?
4. War eine besondere Ursache anzunehmen und welche?
5. Bemerkungen.

Die ausfüllende Stelle.

Der besseren Übersicht wegen lasse ich hier vorab eine Tabelle folgen, wo nach Jahrgängen geordnet die „Ungeheilt Entlassenen“ und die in andere Anstalten Überführten zahlenmäßig aufgeführt sind.

Im Jahr	Ungeheilt nach Hause M.	Ungeheilt nach Hause Fr.	Ungeheilt in eine andere Anstalt M.	Ungeheilt in eine andere Anstalt Fr.	Gesamt-Abgang
1902	16	7	5	2	121
1903	8	5	3	4	121
1904	6	5	16	14	124
1905	14	10	4	7	120
1906	10	13	25	12	169
1907	10	9	7	1	126
1908	7	16	15	2	154
1909	5	12	2	4	141
1910	6	11	24	9	140
1911	12	11	7	2	131
1912	3	5	3	2	103
Total	97	104	111	59	1450
	201		170		
	371				

„Ungeheilt“ und in der weitaus größten Zahl „wider den ärztlichen Rat“ waren somit in diesen elf Jahren im ganzen 201 Patienten entlassen worden, oder rund 14% des Gesamtabgangs dieser Jahre.

Von den 170 in andere Anstalten Überführten kamen 32 in Armenanstalten. Nach den bezüglichen Verordnungen dürfen dorthin nur solche Pfleglinge verbracht werden, welche nicht im eigentlichen Sinne „anstaltsbedürftig“ sind, sondern mehr aus andern Gründen nicht nach Hause entlassen werden können. Naturgemäß gehören hie-

her jene „ruhigen, abgelaufenen" Fälle, wo kaum eine Veränderung zu erwarten ist. Bei diesen Patienten war demgemäß die Pflegezeit vor der Entlassung aus der Heilanstalt eine ziemlich lange; sie betrug durchschnittlich für Männer 8, für Frauen 6 Jahre, darunter mehrere mit 10, 15, sogar bis 22 Jahren.

Da diese Pfleglinge vielfach wegen ihres langen Anstaltsaufenthalts im Gegensatz stehen zu den wider den ärztlichen Rat nach Hause Entlassenen, so ist es immerhin interessant, etwas über das Schicksal derselben zu vernehmen.

I. In Armenanstalten verbracht.

Bei unseren Nachforschungen erhielten wir über 30 Patienten Nachricht (über zwei nach dem Ausland Überführte war nichts zu erfahren). Es waren dies 22 Männer und 8 Frauen mit folgenden Krankheitsformen.

	M.	Fr.	zus.
Dementia praecox katatonica	4	1	5
Dementia praecox paranoides	8	2	10
Dementia praecox hebephrenica	5	1	6
Paranoia	1	1	2
Manisch-depressives Irresein	1	—	1
Dementia senilis	1	2	3
Melancholie	1	1	2
Imbezillität	1	—	1
	22	8	30

Hiervon waren am 31. Dezember 1912 nur noch 10 Männer und 4 Frauen (14) in den ursprünglichen Armenanstalten. Wieder in Irrenanstalten überführt waren 6 Männer und 1 Frau (7), gestorben 5 Männer, entwichen 1 Mann und 2 Frauen (3) und schließlich 1 Mann nach Hause entlassen.

Wir sehen, daß fast der vierte Teil nicht in der Armenanstalt behalten werden konnte und die Zurückversetzung in die Heilanstalt erforderte. Kein besonders ermutigendes Resultat, auf das ich später zurückkommen werde. Eine nachträgliche Besserung wurde nur bei 3 Patienten konstatiert, wovon einer sogar nach Hause entlassen werden konnte. 9 Pfleglinge verschlimmerten sich in der Armenanstalt sehr wesentlich, und der Rest blieb ziemlich stationär.

II. Die ungeheilt nach Hause Entlassenen.

Im Laufe der elf Jahre waren 201 (97 Männer und 104 Frauen) ungeheilt entlassen worden. Unsere Nachforschungen mit Hilfe des Fragebogens gaben uns Auskunft über 177 (84 Männer und 93 Frauen). Wir sind somit im Ungewissen geblieben über das Schicksal von 24 (13 Männern und 11 Frauen), teils weil einige Ämter überhaupt nicht antworteten (2), oder weil die Kranken verschollen waren. Wir lassen diese Patienten im folgenden außer Betracht.

Die 177 verbleibenden Kranken setzten sich wie folgt zusammen:

	M.	Fr.	zus.
Ledige	48	37	85
Verheiratete	27	45	72
Verwitwete	9	11	20
Total	84	93	177

Hiervon kamen aber nach kürzerer oder längerer Zeit wieder in die k. Heilanstalt Schussenried zurück 39 (28 Männer und 11 Frauen), welche in folgender Statistik mit berücksichtigt sind. Ich möchte aber gleich von Anfang bemerken, daß sie nicht alle als zu Hause „verschlimmert" rubriziert sind, denn einzelne von ihnen galten jahrelang für geheilt und erlitten erst später einen Rückfall, der mit der Entlassung kaum in Zusammenhang gebracht werden kann.

Über ihr Verhalten während ihres Aufenthalts zu Hause entnehme ich unseren Krankengeschichten und ärztlichen Zeugnissen folgendes:

	M.	Fr.	zus.
1. Gebessert während wenigstens einem Jahr	10	4	8
2. Geheilt während wenigstens drei Jahren	9	2	11
3. Sofort verschlimmert	5	3	8
4. Gleich geblieben	4	2	6
	28	11	39

Darunter sind 4, welche während der elf Jahre zweimal ungeheilt entlassen und wieder aufgenommen wurden, einer sogar dreimal.

Der Vollständigkeit und Übersichtlichkeit halber werde ich in den folgenden Zusammenstellungen diese „Wiedereingetretenen" mit einbeziehen.

Zusammenfassend habe ich folgende wesentliche Ergebnisse dieser Nachforschung zusammengestellt, welche ich hier kurz vorausschicken will, um dann später genauer darauf einzugehen.

Von den 177 ungeheilt nach Hause Entlassenen waren am 31. Dezember 1912:

	M.	Fr.	zus.
1. Noch zu Hause	37	52	89
2. Wieder in einer Heilanstalt	39	24	63
3. In einer Armenanstalt	2	—	2
4. Bald wesentlich gebessert ohne Rückfall	23	21	44
5. Bald nach der Entlassung „geheilt"[2])	25	21	46

[2]) Wenn ich in Zukunft von Heilung spreche, so verstehe ich darunter keine absolute im klinischen Sinn, sondern nach dem Urteil der Laien, welche es in dieser Beziehung meist nicht so genau nehmen.



6. Verschlimmert	21	15	36
7. Spätere Rückfälle	25	13	38
8. Gestorben	8	17	25
9. Davon durch Selbstmord . . .	1	—	1
10. Verschollen (nachträglich) . .	1	2	3
11. Eingegangene Ehen	2	4	6
12. Geburten	—	12	12
13. Gerichtliche Konflikte . . .	2	1	3
14. Pflege- und aufsichtsbedürftig	10	14	24
15. Arbeitsfähig (mehrere Jahre)	58	59	117
16. Wegen Alters oder körperl. Gebrechen nicht arbeitsfähig .	10	14	24.

Wir wollen nun noch untersuchen, wie sich die verschiedenen Krankheiten an den verschiedenen Kategorien beteiligen, denn es ist nicht uninteressant zu wissen, ob nicht einige Krankheiten eine günstigere Prognose geben als andere.

Krankheitsform	Wesentlich gebessert		Geheilt		Verschlimmert		Spätere Rückfälle		Gestorben		Wieder in andere Anstalten		Wieder in Schussenried		Noch zu Hause		Gesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Dement. praecox katat.	5	3	4	5	4	1	5	—	1	—	3	1	8	1	7	8	19	10
Dement. paranoid.	2	2	7	2	2	2	3	3	1	—	3	2	4	2	8	3	16	7
Dement. hebephren.	9	4	8	3	7	2	8	2	3	3	3	2	7	2	9	6	22	13
Manisch-depress. .	1	5	3	7	4	5	5	3	—	2	2	3	3	1	1	15	8	21
Melancholie . . .	3	4	—	4	2	2	—	3	—	5	—	3	2	1	2	14	4	23
Paranoia	1	—	1	—	2	1	3	1	—	2	—	—	3	2	2	2	5	6
Dementia senilis .	1	2	—	—	—	2	—	2	—	5	—	2	—	1	2	—	2	8
Hysterie	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
Imbezillität . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1
Organ. Irresein .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	2	2
Chron. Vergiftung	1	—	2	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	2	—	5	—
Zusammen:	23	21	25	21	21	15	25	13	8	17	11	13	28	11	35	52	84	98

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger,**
Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

V. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6 Nr. 1.

Für die hier bezeichneten Zustände sind die medizinischen Begriffe von Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht maßgebend. Geisteskrankheit und Geistesschwäche i. S. des § 6 sind vielmehr nur dem Grade nach voneinander verschieden. Dieselbe medizinische Geistesgestörtheit kann je nach dem Grade der Fähigkeit des Geistesgestörten, sich durch vernünftige Beweggründe leiten zu lassen, i. S. des § 6 als Geisteskrankheit oder als Geistesschwäche aufzufassen sein. Vgl. RGZ. 50, 203; 65, 202. (RG. IV, 30. November 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 458.

§ 6, 3.

Das Berufungsgericht verneinte das Vorliegen von Trunksucht beim Kläger unter anderem deshalb, weil erwiesen sei, daß er noch genügend Willenskraft besitze, um dem Hang zum Alkohol zu widerstehen, indem er seit 1908 den Schnapsgenuß aufgegeben und den Biergenuß eingeschränkt habe. Es ließ dabei die Frage offen, ob der Kläger bei dieser Zurückhaltung, wie von der Gegenseite behauptet wurde, durch die Furcht vor der ihm angedrohten Entmündigung beeinflußt gewesen sei. Die Revision meinte, daß ein solcher unter dem Druck äußerer Umstände geleisteter Widerstand gegen den Drang zum Alkohol nicht dazu dienen könne, die Annahme der Trunksucht auszuschließen, da



voraussichtlich beim Wegfall der äußeren Ursache der Kläger die jetzt gezeigte Widerstandsfähigkeit verlieren würde. Das Berufungsgericht hat in seinem Urteil vom 12. Oktober 1912 (IV. 123/12) diesen Standpunkt nicht gebilligt. Es ist an der Begriffsbestimmung der Trunksucht festzuhalten, die früher das Reichsgericht gegeben hat und die auch seitdem in die medizinische Literatur übernommen wurde. Hiernach liegt Trunksucht im Sinne des § 6 Ziff. 3 BGB. nur dann vor, wenn der Leidende die Kraft, dem Anreize zum übermäßigen Genuß geistiger Getränke zu widerstehen, wirklich verloren hat. Auch wenn man dabei noch eigens prüfen will, ob die Widerstandskraft unter gewöhnlichen Verhältnissen vorhanden sei, kann dies für den Streitfall nicht zur Annahme der Trunksucht führen. Nach den getroffenen Feststellungen war in den äußeren Verhältnissen des Klägers in der Zeit, zu der er in angegebener Weise den Alkoholgenuß einschränkte, eine Änderung in der Richtung nicht eingetreten, daß ihm die Gelegenheit zum Trinken nicht mehr in der gleichen Weise wie früher geboten gewesen wäre. Die Möglichkeit aber, daß für die Zurückhaltung des Klägers die von ihm gehegte Besorgnis einer Entmündigung bestimmend gewesen sei, kann nicht dazu führen, daß bei Prüfung der Frage, ob Trunksucht vorliege, die vom Kläger an den Tag gelegte Widerstandskraft völlig unberücksichtigt zu lassen wäre. (Rechtspr. d. RG. a. d. Geb. d. Zivilrechts, VI. Jahrg. S. 1.) Z. f. M. 26. Jg. Nr. 14 S. 548.

§ 104.

Soll eine Briefhypothek wirksam übergehen, so muß die Geschäftsfähigkeit des Abtretenden nicht nur bei dem Abtretungsvertrag, sondern auch bei der Übergabe des Hypothekenbriefs vorliegen. (RG. V, 23. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1560.

§ 249.

Bei der Prozeßneurose ist zu unterscheiden zwischen den Aufregungen eines notgedrungenen Prozesses und der Sucht, eine unverdiente Rente zu erhalten.

Das OLG. stellt fest, daß die Nervenschwäche der Klägerin nicht auf dem Unfalle beruhe, sondern auf ihrem weiteren Verhalten als einer ganz neuen selbständigen Quelle des Schadens, daß sohin die Klägerin für den durch ihr Verhalten hervorgerufenen Krankheitszustand das alleinige eigene Verschulden treffe, derart, daß zwischen Unfall und jetziger Krankheit jeder ursächliche Zusammenhang vollständig unterbrochen sei. Die Revision verkennt diese Feststellung, wenn sie behauptet, das OLG. habe angenommen, daß der Unfall das Nervenleiden zur Folge gehabt habe. Gerade das Gegenteil ist der Fall; es ist ausdrücklich festgestellt daß das Nervenleiden nicht eingetreten wäre, wenn die Klägerin sich nicht selbst in der Sucht nach einer ihr nicht zukommenden Rente die Prozeßaufregungen gemacht hätte. Auch dafür, daß die Klägerin schon vor dem Unfalle zur Neurose veranlagt gewesen sei, und daß dieses Leiden dann durch den Unfall und die deshalb erforderlich gewordene Prozeßführung sich entwickelt habe, ist nichts zu entnehmen. (RG. VI, 1. März 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1107.

§§ 249, 843.

Werden infolge des Unfalles jährliche Erholungsreisen nötig, so sind dem Verletzten die Aufwendungen, die er früher für freiwillige Erholungsreisen gemacht hat, nicht anzurechnen.

Es kommt nicht darauf an, ob der Verletzte schon früher freiwillig zu seinem Vergnügen und auf seine Kosten regelmäßig Erholungsreisen gemacht hat; jetzt muß er sie infolge der durch den Unfall verursachten Schwächung des Gesundheitszustandes machen, und für diese Vermehrung der Bedürfnisse muß der Schädiger aufkommen. (RG. VI, 28. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1851.

§§ 254, 827 Satz 2.

Ein Entschädigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn der Verletzte sich so betrunken hat, daß er seiner Sinne nicht mehr mächtig war.

Das Berufungsgericht hat als bewiesen angesehen, daß der Kläger sich durch Zusichnahme alkoholhaltiger Getränke in einen derartigen Zustand der Betrunkenheit und der Schwächung seiner Sinne versetzt habe, daß er unfähig gewesen sei, sich in dem erleuchteten, ihm auch von früheren Besuchen her hinlänglich bekannten Hausflur des Hauses des Beklagten zurechtzufinden und die Warnung des Sohnes des Beklagten, der ihn unter dem Zurufe, das sei ja die Kellertür, am Rocke zurückzuziehen versuchte, zu verstehen. Wenn das Berufungsgericht in diesem Verhalten des Klägers eine Fahrlässigkeit erblickt hat, so ist diese Annahme rechtlich nicht zu beanstanden. Der Hinweis der Revision, daß der Kläger nur wenig Alkohol, nämlich nur vier kleine Glas Pilsner Bier und eine für ihn besonders angesetzte Bowle, zu sich genommen hatte, ist unerheblich. Der Kläger wußte, daß er alkoholische Getränke nicht vertragen konnte, er mußte also besondere Aufmerksamkeit darauf verwenden, daß er nicht mehr trank, als er ohne erhebliche Beeinträchtigung seines Bewußtseins vertragen konnte. Wenn er sich gleichwohl in den vom Berufungsgericht festgestellten Zustand versetzt hat, so hat er fahrlässig gehandelt, und trifft ihn für die Folgen der von ihm in diesem Zustande begangenen Hand-



lungen nach § 827 BGB. die Verantwortlichkeit in gleicher Weise, als wenn ihm bei der Vornahme der Handlungen Fahrlässigkeit zur Last fiele. (RG. VI. 16. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1573.

§ 254 Abs. 2.

Der Verletzte, dem ärztlich Erholungsreisen verordnet sind, kann nicht dazu angehalten werden, anstatt in Kurorte und Sommerfrischen zu gehen, die Gastfreiheit von Verwandten in Anspruch zu nehmen und dadurch dem Beklagten Kosten zu ersparen. (RG. VI, 28. April 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1852.

§ 254.

Wer infolge selbstverschuldeter Trunkenheit vom Bahnsteig auf das Geleis gerät und überfahren wird, hat seinen Unfall vorwiegend selbst verursacht. (RG. VI, 30. April/5. Mai 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1930.

§ 254 Abs. 2.

Ist für den Verletzten durch eine nach dem Gutachten von Sachverständigen gefahrlose und mit nicht nennenswerten Schmerzen verbundene Operation eine beträchtliche Besserung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten, so ist in der Weigerung, sich einer solchen auf Kosten des Verletzers vorzunehmenden Operation zu unterziehen, ein Verschulden im Sinne des § 254 Abs. 2 zu erblicken, sofern dem Verletzten für seine Weigerung nicht besondere Gründe zur Seite stehen (RGZ. Bd. 60 S. 147; J. W. 1907 Nr. 6 S. 740; Soergel, Rechtsp. 1907 Nr. 55 zu § 254). Tritt durch das Mißlingen der Operation aber ein neuer Schaden für den Verletzten ein, so trifft auch hierfür die Haftung den Verletzer. (RG. III, 30. Mai/27. Juni 1913.) D. R. Entsch. Nr. 2547.

§ 254.

Der Verletzte muß sich, wenn seine persönlichen Verhältnisse es gestatten, gegebenenfalls einer energischen Behandlung in einer Klinik unterziehen. (RG. IV, 2. Dezember 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1706.

§ 276.

Wer eine Irrenheilanstalt unterhält — Universitätsklinik — ist verpflichtet, die Räume — auch der sog. offenen Station — mit solchen Sicherungsvorkehrungen zu versehen, daß Selbstmordversuche der Kranken verhindert werden.

Der Beklagte nimmt die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er ist dafür verantwortlich, daß sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch gegen die Gefahr der Selbstbeschädigung soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzwecks zu treffenden Maßnahmen es zulassen. Wenn es richtig ist, daß gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so ist nicht einzusehen, weshalb die Fenster des Klosetts im Obergeschoß nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet waren, daß das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte. Auch ist nicht ersichtlich, welche Umstände die Anwendung der äußersten Vorsicht, gerade auch in Ansehung der Überwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts hinderten. Regelmäßig liegt die Annahme eines Verschuldens nahe, wenn Sicherungsmaßregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich ist. (RG. III, 18. März/22. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 2386.

§ 278.

Der Verletzte hat ein Verschulden eines von ihm zugezogenen Arztes nicht zu vertreten.

Wenn der Verletzte einen staatlich approbierten Arzt zugezogen und dessen Anordnungen befolgt hat, so hat er, vom Standpunkt der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt aus betrachtet, das Seinige zur Minderung des Schadens getan; die Tätigkeit des Arztes fällt nicht mehr in den Kreis desjenigen, was nach § 254 dem Verletzten zu tun obliegt. Vgl. RGZ. 72, 219; J. W. 1911 Nr. 9 S. 754; „Recht" 1911 Nr. 3181. (RG. IV, 2. Dezember 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1708.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Zur Frage des Entstehens der Reaktionsprodukte bei der Serodiagnostik auf Lues** kommen A. v. Wassermann und C. Lange in einer so betitelten Arbeit aus dem Kaiser Wilhelm-Institut für experimentelle Therapie in Berlin-Dahlem (Berlin. klin. Wochenschr. 1914 S. 527) auf Grund von Untersuchungen des Liquor zerebrospinalis von 18 Paralysen und Taboparalysen, 1 Alkoholdemenz, 1 Meningitis purulenta, 1 Meningitis tuberkulosa zu dem „Schlusse, daß die Quelle für die Wassermannsche Reaktion im Liquor die Lymphozyten sind, daß diese Lymphozyten einen spezifischen Anteil in sich haben müssen, indem Lymphozyten von anderen als syphilitischen Kranken nicht imstande sind, Substanzen frei werden zu lassen, welche eine Wassermannsche Reaktion geben."

Für die Lumbalflüssigkeit stellen die Lymphozyten

dasjenige Laboratorium dar, in welchem die für die Wassermannsche Reaktion in Frage kommenden Reaktionsprodukte gemacht werden; ob aus Spirochäten oder aus Organzerfallsprodukten, wird vorläufig offen gelassen.

— **Verein norddeutscher Psychiater und Neurologen.** Tagesordnung der 14. Jahresversammlung in Lübeck.

Freitag, den 8. Mai 1914, abends 8 Uhr: Zwangloses Zusammensein im Hotel Stadt Hamburg.

Sonnabend, den 9. Mai 1914, vormittags präzise 9 Uhr in der Heilanstalt Strecknitz: Begrüßung. Wahl des Vorsitzenden und des Schriftführers. Bestimmung des Ortes der nächstjährigen Versammlung und geschäftliche Mitteilungen.

Vorträge:

1. Biß-Lübeck: Epikritische Bemerkungen zum Krankheitsbild der traumatischen Neurose.
2. Brückner-Hamburg (Langenhorn): Demonstration.
3. Bumke-Rostock (Psychiatr. Klinik): Über die pathologische Anatomie der reflektorischen Pupillenstarre.
4. Cimbal und von Schubert-Altona (Städt. Krankenhaus): Technik und Erfolge der Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten.
5. Dräseke-Hamburg: Zur Kenntnis der Hilfsschulkinder.
6. von Kafka-Hamburg (Friedrichsberg): Beiträge zur Liquordiagnostik und Theorie.
7. König-Kiel (Psychiatr. Klinik): Zur Prognose des Morphinismus.
8. Koppel-Hamburg (St. Georg): Über Meningitis serosa.
9. Lienau-Hamburg (Eichenhain): Geisteskrank oder nicht? Über einige Grenzfälle bei Gebildeten.
10. Lua-Hamburg (Langenhorn): Über atypische senile Demenz (Alzheimersche Krankheit).
11. Nonne-Hamburg (Eppendorf): Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von Infantilismus (mit Demonstrationen).
12. Rittershaus-Hamburg (Friedrichsberg): Spannung der Aufmerksamkeit und ihre Untersuchung bei einzelnen psychischen Erkrankungen.
13. Saenger und Jacobsthal-Hamburg (St. Georg): Erfahrungen mit der Langeschen Goldsolreaktion.
14. Stern-Kiel (Psychiatr. Klinik): Über Balkengeschwülste.
15. Trömner-Hamburg: Zur Pathologie der Paralysis agitans.
16. van Velzen-Joachimsthal: Willensfreiheit.
17. Walter-Rostock (Psychiatr. Klinik): Über die normale und pathologische Histologie der menschlichen Zirbeldrüse.
18. Walther-Neustadt (Heil- und Pflegeanstalt): Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dem festen Hause in Neustadt.
19. Weygandt und Jakob-Hamburg (Friedrichsberg): Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem.
20. Wattenberg-Lübeck (Strecknitz): Zur Einteilung der Dementia-praecox-Gruppe.

Besichtigung der Heilanstalt. Frühstück um 1 Uhr im Festsaal der Heilanstalt. Gemeinsames Essen um 6 Uhr im Hause der Gesellschaft zur Beförderung gemeinnütziger Tätigkeit. — Abends: Zwangloses Zusammensein.

Vortragsdauer höchstens 20 Minuten.

Von der Endstation der Straßenbahn (Linie 1) ist die Heilanstalt in 20 Minuten zu erreichen.

Um Nachricht über eventuelle Teilnahme wird gebeten.

Hotels: am Bahnhof: Hotel International, in der Stadt: Hotel Kaiserhof, Stadt Hamburg, Zentral-Hotel, Union, Deutsches Haus, Spethmanns Hotel.

Lübeck-Heilanstalt Strecknitz, im April 1914.

I. A.: Wattenberg.

— **XXIVième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes** de France et des Pays de Langue Française. Le XXVIieme Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française se tiendra à Luxembourg, du 3 au 7 Août 1914. Le Bureau est constitué de la façon suivante: Président: Dr. E. Dupré, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police; Vice-Président: Dr. H. Meige, Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris: Secrétaires.Généraux: Dr. L. Buffet, Directeur Médecin de l'Asile d'Aliénés d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg); Dr. R. Lalanne, Médecin en Chef de l'Asile d'Aliénés de Maréville, près Nancy M.-et-M.).

Travaux Scientifiques.

I. Rapports et discussions sur les questions à l'ordre du jour: a) Dr. Delmas. Les Psychoses post-oniriques. b) Dr. Coulonjou. Les Maladies mentales professionnelles. c) Dr. Roussy. Les Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

II. Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiâtrie.

Excursions.

Pendant le Congrès, on visitera l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains, l'Asile d'Aliénés d'Ettelbruck (Maison de Santé de l'Etat), et il sera organisé une excursion automobile qui permettra de voir les principales curiosités du Grand-Duché de Luxembourg. Après la clôture des travaux du Congrès, on terminera par un voyage circulaire facultatif de quatre jours par Metz, Mayence, la Vallée du Rhin (en bateau à vapeur), jusqu'à Cologne et retour par la Vallée de la Moselle.

Le programme détaillé sera envoyé ultérieurement aux Congressistes.

Renseignements Généraux.

Le Congrès comprend:

1. Des Membres adhérents; 2. Des Membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Les Asiles

d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports et, après le Congrès, le volume des comptes-rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Une réduction de 50% sur le prix des billets ordinaires, avec validité du 25 juillet au 20 août, sera demandée sur tous les réseaux des chemins de fer français.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations au Dr. Lalanne, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

— **Eine Anstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge** will die **Stadt Berlin** auf dem Gelände der Irrenanstalt Herzberge errichten. Eine Kommission, die aus je drei Mitgliedern der Deputation für die städtische Irrenpflege und der Waisendeputation besteht, ist eingesetzt worden und wird demnächst Vorschläge für die Wahl des Platzes machen. (Vossische Zeitung, 14. 4. 14.)

— **Brandenburg.** Der Brandenburgische Provinziallandtag hat in seiner 41. Tagung 1914 die Errichtung einer Pensionäranstalt zu 150 Betten an der voraussichtlich im Herbst 1914 fertig werdenden Landesirrenanstalt Görden bei Brandenburg (Havel) beschlossen. Der Aufwand für die Pensionäranstalt ist auf 1 200 000 M veranschlagt, so daß alsdann die ganze 1750 Betten umfassende Anstalt 9 200 000 M kosten wird.

Ferner hat der Provinziallandtag zum Ausbau der Provinzialanstalt für Epileptische zu Potsdam und der Idiotenbildungsanstalt Wilhelmstift daselbst 500 000 M sowie zur Errichtung einer Pflegeanstalt für 524 Frauen mit Familienpflegestation für Geisteskranke und Neueinrichtungen für geistig nicht vollwertige und lungenkranke Fürsorgezöglinge in Treuenbrietzen 1 775 000 M aus Anleihemitteln bewilligt. Während es sich bei der Provinzialanstalt ffür Epileptische lediglich um bauliche Erweiterungen der Verwaltungs-, Betriebs- und Wirtschaftsgebäude handelt, wird mit den Umbauten beim Wilhelmstift eine kleine Abteilung von 16 Betten für Idioten besserer Stände (Pensionäre) gewonnen.

In der gleichen Tagung hat der Provinziallandtag zur Errichtung oder zum Erwerb von Wärter- und Aufseherwohnungsgebäuden an den Provinzialanstalten die Mittel für einen Gesamtaufwand bis zu 2 400 000 M bereitgestellt. Mit der Ausführung der Bauarbeiten — zunächst bei den Landesirrenanstalten Landsberg (Warthe), Teupitz und Görden — wird in den nächsten Wochen begonnen werden.

Therapeutisches.

— Von dem **„Therapeutischen Vademekum"**, das C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof alljährlich herausgeben, ist der 10. Jahrgang erschienen, eine recht nützliche Übersicht über die Literatur des Jahres 1913 auf dem Gebiete der medikamentösen Therapie, nach Krankheiten geordnet.

— **Erfahrungen mit Narcophin.** Von Dr. Hermann Cassel, Assistenzarzt. (Die Therapie der Gegenwart 1914 Heft 3). Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Karewski-Berlin. Das von Straub hergestellte Morphin-Narcotin-Mekonat, unter dem Namen „Narcophin" im Handel, wurde an Stelle des vor der Äther-Sauerstoffinhalationsnarkose in Verbindung mit Veronal verabfolgten Morphins zu 0,04 subkutan gegeben. Irgendein schädlicher Einfluß des Narcophins gegenüber dem Morphium auf das Atemzentrum konnte bei den Narkosen niemals beobachtet werden. Narcophin, 20 bis 25 Tropfen pro dosi, statt Morphiums, insbesondere bei Schlaflosigkeit, oft in Verbindung mit Schmerzen und Hustenreiz. Günstige Beeinflussung des diabetischen und cholämischen Hautjuckens durch innere Verabreichung von Narcophin.

— **Digifolin, ein neues Digitalispräparat.** Aus der II. med. Abteilung des städt. Krankenhauses Nürnberg (Oberarzt: Hofrat Dr. Neukirch). Von Dr. Ferdinand Löwenheim. Münch. med. Wochenschrift Nr. 45, 1913.

Das von der Gesellschaft für chem. Industrie in Basel hergestellte Digitalispräparat „Digifolin", das nach den Untersuchungen von Dr. Hartung in Leipzig (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 36) die sämtlichen auf das Herz wirksamen Glykoside der Folia digitalis enthält, volle Digitaliswirkung entfaltet, von allen überflüssigen und schädlichen Beimengungen insbesondere von Saponinen frei und dem zersetzenden Einfluß der Magen- und Darmfermente gegenüber weniger empfindlich, dabei genau dosierbar ist, wurde in genanntem Krankenhaus seit länger als 3/4 Jahren verwendet.

Zusammenfassung des Ergebnisses: Digifolin, ein Präparat, das den Anforderungen, die wir an Digitalispräparate stellen, völlig entspricht, wird infolge des Fehlens unnützer Ballaststoffe besser vertragen als die Folia digitalis. „In den vielen Fällen, in denen wir Digifolin gaben — seit 3/4 Jahr benützen wir kein anderes Digitalispräparat — haben wir nie unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. Die kleinen Tabletten werden von den Patienten auch bei häufigem Gebrauch ohne Widerwillen, der oft bei anderen Digitalispräparaten bald auftritt, gerne genommen. Ein weiterer Vorteil ist seine genaue Dosierbarkeit. Geradezu spezifisch ist seine diuretische Wirkung. Aus allen diesen Gründen ist das Digifolin mit in die erste Reihe der Digitalispräparate zu stellen."

— **Über Vioform in der Otorhinologie.** Von Robert Meyer, Spezialarzt für Hals-, Nasen-, Ohrenleiden in Berlin. Die Therapie der Gegenwart Januar 1914.

M. hat die im Handel erhältliche 5% ige Vioformgaze — nachdem er sie durch den Sterilisator geschickt hatte — in reichlichem Maße angewandt bei Radikaloperationen am Ohre, bei Aufmeißlungen der Stirnhöhle und der Highmorshöhle. — Bei den Radikaloperationen des Ohres hat



er niemals die nach Jodoformgaze so häufig in unangenehmer Menge auftretenden Granulationen bemerkt.

Durch die handliche Form der fertig sterilisierten, sogenannten Cibapackung Nr. 6 für den eiligen Gebrauch wird die eigne Sterilisation bequem ersetzt. Vorzüge: starke Resorptionsfähigkeit, Ungiftigkeit, durch die langsame Jodabspaltung protrahierte Wirkung, dadurch bedingte Geruchlosigkeit der Sekrete, Verhindern von übermäßiger Granulation und glatte Epithelisierung.

— **Über den Wert einzelner neuerer Heilmittel bei der Behandlung der Balanitis.** Von Dr. Nikolaus Hegedüs. Dermat. Wochenschrift, Band 57, 1913.

H. empfiehlt das Vioform wegen seiner ausgezeichneten Wirkung und seiner Billigkeit.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Herzogliche Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.** Am 19. März d. Js. ist Dr. med. Hermann Schmidt, gebürtig aus Pasewalk, als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten.

— **Bunzlau.** Richard Storz, Bunzlau, durch Prov.-Ausschußbeschluß vom 27. März 1914 zum Abteilungsarzte an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau ernannt.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 6. 9. Mai **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt.

Von Dr. med. **Fr. Uhlmann,** leitender Arzt des Kurhauses „Schönfels“, Zugerberg (Schweiz), früher Arzt an der Kgl. Heilanstalt Schussenried (Württemberg).

(Fortsetzung.)

III. Besserung und Heilung.

Wenn wir obige Tabelle durchgehen, so können wir, oberflächlich betrachtet, nur soviel konstatieren, daß erstens ein großer Prozentsatz aller Fälle wesentlich gebessert oder geheilt ist. Wir wollen zur besseren Übersicht hier noch eine Gegenüberstellung vornehmen:

	Gesamt	Gebessert oder geheilt	Prozent
Dementia katatonica .	29	16	55,1
Dementia paranoides	23	13	56,5
Dement. hebephrenica	35	24	74,4
Manisch-depressiv .	29	16	55,1
Melancholie	27	11	40,7
Paranoia	11	2	18,1
Dementia senilis . .	10	3	30,0
Imbezillität	2	—	—
Organische Psychose	4	—	—
Chronische Vergiftung	5	3	60,0
Total	177	90	56,5

Wir sehen also, daß von 177 Kranken 90 wesentlich gebessert oder geheilt wurden, was 56,5% ausmacht.

Es ist dies gewiß ein recht erfreuliches Resultat, das noch demonstrabler wird, wenn wir hinzufügen, daß von 177 Kranken 117 wieder arbeitsfähig wurden, was 66% gleichkommt. Dieses Bild wird nicht getrübt, wenn ihm die 34 Fälle gegenübergestellt werden, welche sich bald nach der Entlassung wieder verschlimmerten. Auch die 39 späteren Rückfälle bezw. Wiedererkrankungen vermögen das gute Resultat nicht herabzudrücken.

Wie zu erwarten war, machen die verschiedenen Krankheitsformen wenig Unterschied. Auf 100% der Heilung der Hysterie ist bei der kleinen Zahl der Fälle nicht viel Wert zu legen. Die Gruppe der Dementia praecox zeigt durchwegs gute Chancen, die sich gleichstellen mit denen beim manisch-depressiven Irresein. Daß Paranoia, Imbezillität und organische Psychosen keine gute Prognose bieten, ist ja bekannt.

IV. Todesfälle.

Von den 25 Todesfällen entfallen 24 auf einen natürlichen Tod und nur ein Selbstmord ist zu verzeichnen. Es handelt sich dabei um einen Katatoniker, der sich zu Hause bald verschlimmerte und zwei Monate nach der Entlassung durch Strangulation endete. Die Todesursachen zeigen nichts Charakteristisches, einige starben an Altersschwäche, ferner spielen eine Rolle Tuberkulose, Hydrops, Pneumonie usw. Die meisten starben im höheren Alter. Ein wesentlicher Einfluß der Psychosen ist hierin nicht nachweisbar.

V. Eingegangene Ehen.

Im ganzen verheirateten sich nach dem Austritt aus der Anstalt 6 Personen, und zwar ein Mann und eine Frau mit Dementia praecox halluc. und vier Frauen, welche an manisch-depressivem Irresein litten.

Diese Ehen sollen sehr gut ausgefallen sein. Vier davon haben Kinder, welche bis jetzt gesund und munter seien. Es seien alles „tapfere Eheleute" geworden und niemand sehe ihnen etwas von der Krankheit an.

VI. Geburten.

Von den weiblichen Kranken haben 8 nach der Entlassung aus der Anstalt im ganzen 12 normale Geburten durchgemacht, ohne hierbei von neuem zu erkranken. In einem Fall sogar soll sich nach der Geburt eine fast plötzliche Heilung vollzogen haben, während sie vorher noch deutliche Spuren von Krankheit hatte; es war eine Katatonika.

VII. Gerichtliche Konflikte.

Im ganzen haben sich drei Personen gegen das Gesetz vergangen, davon zwei durch Diebstahl und eine durch Verstoß gegen die Sittlichkeit (leichter Natur). Mir scheint dieser Prozentsatz nicht weit über der Norm zu sein. Die Gefahr gerichtlicher Konflikte ist also keine große.

VIII. Verwahrlosung.

Auffallend ist, daß von allen, über die wir Nachricht erhielten, kein einziger verwahrlost war. Allerdings sind ja eine Reihe von Kranken verschollen, und es ist nicht zu bezweifeln, daß hiervon der eine oder andere verwahrlost sein mag, doch das kann gelegentlich auch bei sogenannten „Gesunden" vorkommen und es wäre ein strengeres Zurückhalten deswegen noch keineswegs gerechtfertigt.

IX. Pflege- und Aufsichtsbedürftigkeit.

Man darf hier nicht vergessen, daß unter den Entlassenen eine Reihe älterer Leute war. Wir hatten hier ja unter andern 25 Melancholien bei bejahrten und 10 senil Demente, dazu kamen noch 4 Tuberkulöse. Es ist aber die Zahl 24 für diese Kategorie keine hohe, und besonders große Mühen müssen den Angehörigen wohl nicht daraus erwachsen sein, sonst hätten sie dieselben wohl irgendwo untergebracht.

X. Arbeitsfähigkeit.

Wir haben gesehen, daß 117 Patienten wieder annähernd ihre volle Arbeitsfähigkeit erlangten, und zwar nicht nur für kurze Zeit, sondern für mehrere Jahre. Was dieser Arbeitsgewinn für das Volk bedeutet, das können wir erst voll verstehen, wenn wir die Arbeit in Geldeswert umrechnen. Wir wollen ganz niedere Annahmen stellen, wir wollen sagen, sie seien im Durchschnitt bloß drei Jahre arbeitsfähig gewesen und den Arbeitstag wollen wir bloß zu 2 Mark ansetzen; hier erhalten wir 128 115 Arbeitstage gleich 256 230 M. Dazu kommen nun noch in Wegfall die Pflegegelder, welche wir im Mittel wieder mit 200 M pro Person und Jahr ansetzen wollen; macht wiederum 70 200 M, somit zusammen 326 430 M, welche man durch Entlassung den Leuten gerettet hat; ich glaube eine halbe Million sei noch nicht zu hoch gegriffen.

Mit Recht kann man mir nun sagen, daß diese Kranken wohl kaum alle dauernd anstaltsbedürftig gewesen wären, sondern nur zu früh entlassen worden seien. Gewiß würde ein Teil derselben nach Wochen, Monaten oder Jahren wieder aus der Heilanstalt entlassen worden sein. Immerhin aber können wir aus obiger Aufstellung ersehen, welchen ökonomischen Nutzen die Angehörigen oder die Kranken selbst von den Frühentlassungen haben können, und von diesem Gesichtspunkte aus ist das oft allzu ungestüme Drängen auf Entlassung verständlich.

XI. Schlüsse und Erwägungen.

Mit ziemlicher Deutlichkeit scheint mir aus den Ergebnissen dieser Erhebungen hervorzugehen, daß man meist viel zu ängstlich ist über das Schicksal der Frühentlassenen, denn darin erlebt man nicht selten Wunder. Nur ein kleiner Prozentsatz der Kranken mußte nach der Entlassung kurz darauf wieder in eine Anstalt verbracht werden. Meistens trat sehr rasch eine bedeutende Besserung oder, grob genommen, eine Heilung ein, so daß die Kranken jahrelang als „gesund" galten und auch ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder doch zu einem guten Teil zurückerlangten. Wir sehen, daß besonders die Dementia praecox-Kranken in dieser Beziehung eine ziemlich gute Prognose haben und von diesen wieder besonders die Katatoniker, wie das auch sonst vielfach durch die Erfahrung bestätigt wird. Selbstmord ist bloß einer vorgekommen, so daß man auch in dieser Beziehung eigentlich den Nachteil der Frühentlassung wesentlich überschätzt hatte. Daß man auch gelegentlich einen bedeutenden Fehlgriff getan resp. die Prognose zu gut gestellt hatte, ändert nichts an dem Gesamtergebnis; denn solche kommen auch bei der gewöhnlichen Entlassung nach der Genesung öfters vor und werden sich nie vermeiden lassen. Wir können auf alle Fälle behaupten, daß die gemachten Erfahrungen in der überwiegenden Mehrzahl gute waren.

Es wäre nun allerdings völlig verfehlt, den Satz aufstellen zu wollen, daß alle Fälle vor der Gene-



sung zu entlassen seien, ganz unbeachtet des Falles und der besonderen Umstände, auch wenn man Selbst- oder Gemeingefährlichkeit verneinen könnte. Es kann eigentlich kein Fall behandelt werden wie der andere, denn hier spielen neben der Krankheit selbst viele Nebenumstände eine oft viel gewichtigere Rolle.

Die vorstehenden Erhebungen haben uns vor allem ziemlich im Unklaren gelassen, welche Aussichten die einzelnen Krankheitsformen haben oder der einzelne Fall in seinem Milieu. Es ist aber hier bei der Entscheidung im gegebenen Falle von der allergrößten Wichtigkeit zu wissen, auf welche Umstände bei einer eventuellen Frühentlassung Rücksicht zu nehmen ist. Wir müssen also untersuchen, ob es nicht unter Benützung des Erfahrungsmaterials, wissenschaftlicher Erkenntnisse und sonstiger Erwägungen gelingt, einige Leitsätze für die Entlassung Ungeheilter aufzustellen.

Bevor wir aber an die Hauptfrage herantreten können, ist es absolut nötig, daß wir über einige fundamentale Vorfragen Rechenschaft geben, so erstens,

unter welchen Umständen Geisteskranke in die Anstalten verbracht werden sollen!

Auch diese Frage ist nicht so leicht zu beantworten, wie es auf den ersten Blick erscheint. Vor allem müssen wir uns vergegenwärtigen, was die Anstalten bezwecken, was sie vor den häuslichen Verhältnissen voraushaben.

Nun, der erste Zweck einer Anstalt ist ja, wie der Name sagt, die Heilung der Geisteskranken unter Anwendung derjenigen Heilmethoden und Beobachtung derjenigen Heilfaktoren, die die psychiatrische Wissenschaft als zweckdienlich anerkannt hat.

Das erste in der Therapie ist ja immer die Beseitigung der krankmachenden Ursachen, sei es in dieser oder jener Spezialität. Nun sind wir in der Psychiatrie etwas schwer daran, da wir meist die Ursachen nicht kennen. Wohl kennen wir gravierende Nebenumstände, welche in vielen Fällen eine Erkrankung auslösen können, ohne selbst Ursache zu sein, diese werden fälschlicherweise im Publikum als die wirkliche Ursache angesehen, als solche spielen besonders folgende eine große Rolle:

a) unglückliche häusliche Verhältnisse, Zwist usw.,
b) häusliche Sorgen aller Art, meist finanzielle,
c) sexuelle Nichtbefriedigung, Liebesgram, Eifersucht, Vernachlässigung von seiten des Gatten,
d) Alkoholismus,
e) ausschweifender Lebenswandel,
f) körperliche Krankheiten, Schwangerschaft, Geburt,
g) Krankheit oder Tod teurer Angehöriger,
h) Unfälle, Verletzungen, Überanstrengungen usw.

Es wäre demnach in erster Linie darauf zu achten, wenigstens dauernd oder mit ziemlicher Sicherheit wiederkehrende Schädlichkeiten zu vermeiden, was man wohl am sichersten dadurch erreicht, daß man das Milieu ändert und die Kranken entfernt, meist eben in eine Anstalt.

Nun wissen wir ja alle, wie heute allenthalben in den Heilanstalten oder wie sie immer heißen mögen, ein großer Platzmangel herrscht; denn die Geisteskranken werden zu unserer Zeit viel eher in die Anstalt überführt, als dies früher bei dem mangelnden Verständnis für Geisteskranke und den oft nicht weniger als menschenwürdigen Einrichtungen der damaligen Irrenanstalten der Fall war. Man beschuldigt auch die heutige „Kultur", daß sie mehr geistige Erkrankungen bringe als die frühere, mit welchem Recht das geschieht, will ich hier nicht ausführen. Sicher ist, daß viele Anstalten überfüllt sind und man überall erweitern muß. Unter diesen Umständen liegt es doch auf der Hand, daß man auf Mittel und Wege sinnen muß, diesem Übelstand nach Möglichkeit zu steuern. Bisher ist man so vorgegangen, daß man im dringendsten Bedürfnisfalle einfach wieder eine Erweiterung einer bestehenden Anstalt vornahm oder eine neue errichtete. Die ganze Platznot entsteht aus dem Mißverhältnis zwischen Zuwachs und Abgang. Ich glaube, hier sollte man in erster Linie ansetzen, wenn man auf die Dauer etwas erreichen will.

Es ist nun sachgemäß die erste Frage, ob man den Zuwachs beschränken kann, und daraus folgert sich wieder eine Vorfrage, ob die Anstaltsverpflegung für alle Fälle nötig ist, oder ob nicht einzelne Kranke geradeso gut zu Hause verpflegt würden.

Nun ist das Krankenmaterial, das zur Aufnahme kommt, ja ein verschiedenes, und eine summarische Vorschrift läßt sich keinenfalls aufstellen. Vor allem gehören unbedingt in eine Anstalt alle Gemein- oder Selbstgefährlichen, dann alle diejenigen Kranken, welche infolge ihrer Krankheit, sei es wegen Aufregung, Depression, Nahrungsverweigerung, Unbändigkeit, Neigung zur Flucht usw. zu Hause nicht gehalten werden können, oder wo auch bei leichterer Erkrankung die häuslichen Verhältnisse ungünstig sind. Daß auch verwahrlosende Menschen aus der Gesellschaft entfernt werden müssen, erscheint mir als gegeben; ob gerade eine Heilan-

stalt immer der gegebene Ort zur Isolation ist, ist eine zweite Frage, die ich im allgemeinen verneinen möchte, handelt es sich doch meist um chronische, z. T. „abgelaufene“ Fälle, die kaum einer Besserung fähig sind.

Als äußere Gründe kommen in erster Linie die oben angeführten Schädlichkeiten in Betracht, sofern dieselben unter den häuslichen Verhältnissen nicht behoben werden können.

Dazu kommen noch eine Reihe von Umständen, welche oft bestimmend sein können. Wenn z. B. in einer kinderreichen Familie ein Glied derselben geisteskrank wird, so ist es für die übrigen Familienmitglieder durchaus nicht gleichgültig, ob sie tagtäglich mit diesem asozialen, anstößigen Patienten zusammenleben müssen. Besonders für Kinder, welche das Kranke nicht unterscheiden können, kann da ein äußerst ungünstiger Einfluß ausgeübt werden auf ihre geistig-ethische Entwicklung. Auch sonst können solche Kranke, welche beständiger Aufsicht bedürfen, den Angehörigen äußerst beschwerlich fallen und vielleicht ihre Gesundheit gefährden. Solche Kranke gehören aus der Familie heraus, wenigstens solange, bis sie sich gebessert haben oder die Verhältnisse andere geworden sind.

Wir wissen ferner aus Erfahrung, daß gerade bei den an Dementia praecox Leidenden oft eine Ortsveränderung geradezu Wunder wirkt, und so ist es bei irgendwie schwereren Fällen schon aus diesem Grunde angezeigt, die Kranken aus ihren häuslichen Verhältnissen herauszunehmen.

Wir sehen also zusammenfassend, daß die Einweisung von Geisteskranken in Heilanstalten keinen festen Normen unterliegt, sondern daß von Fall zu Fall unter Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände entschieden werden muß.

Es ist ja eine Erfahrungstatsache, daß jede Erkrankung dann die besten Chancen hat zu heilen, wenn sie möglichst früh in Behandlung genommen werden kann. Dies gilt im speziellen größtenteils auch für die psychischen Krankheiten. Wir haben also nicht nur das Interesse überhaupt zu helfen, sondern ein noch größeres, möglichst rasch zu helfen, und dem können wir nur Rechnung tragen, wenn wir jeden Kranken, dessen Einweisung als nötig erscheint, eben ohne Verzug evakuieren können. Die Geisteskrankheiten gehören ja entschieden zu den traurigsten aller Krankheiten, nicht nur wegen ihrer Äußerungen, sondern wegen ihres Einflusses auf das Leben der Angehörigen und vieler Unbeteiligter, in letzter Linie des Staats. Bei einer körperlichen Erkrankung, und wäre sie noch so schwierig, ja wenn sie auch mit dem Tode endigte, sehen wir doch wenigstens ein Ende in relativ kurzer Zeit. So tiefe Lücken der Tod auch in manche Familie reißen mag, so groß auch momentan das Unglück sein mag, wenn der ernährende Familienvater oder die Mutter stirbt, die Lücke wird immer z. T. oft sehr rasch ausgefüllt und die geschlagenen Wunden heilen auffallend rasch. Ganz anders bei Psychosen: die ökonomische Schädigung durch den Ausfall der Arbeit ist hier dieselbe wie bei einer körperlichen Krankheit, das Familienleben ist oft gänzlich gestört und der Kranke bedarf entweder eigener Pflege oder kostet Unsummen, wenn er in eine Anstalt verbracht wird. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei körperlichen Krankheiten im schlimmsten Fall der Tod ein Ende setzt, während ein Geisteskranker bei gesundem Leib ein hohes Alter erreichen kann, also die Kosten endlos fortlaufen und auf einen Ersatz durch spätere erneute Arbeit nur ausnahmsweise gerechnet werden kann. Ich habe früher ganz oberflächlich den finanziellen Schaden einer Familie berechnet, welcher ihr erwächst durch das Auftreten einer anstaltsbedürftigen Geisteskrankheit. Die Ansätze sind niedrig, für viele Verhältnisse lächerlich tief gegriffen, und doch sehen wir deutlich den eminenten Verlust, den die Angehörigen, die Gemeinden und der Staat erleiden. Wer aber schätzt in Zahlen den Schaden, den die Angehörigen und oft auch Fernstehende im moralischen Sinne erleiden! Wie ein Alp lastet es oft eine ganze Generation hindurch auf einer Familie; es kann sich kein ungetrübtes Glück mehr einstellen, überall steht der Schatten jenes Ärmsten aller Armen, der als unnützer Hemmschuh der Gesellschaft auf private oder öffentliche Kosten am Leben erhalten wird. Es kommt noch hinzu, daß es heute noch als eine Schande und ein Zeichen eines verwerflichen Lebenswandels angesehen wird, wenn jemand geistig erkrankt; es fällt ein Makel auf die ganze Familie. Die Folgen sind oft noch über mehrere Generationen hinaus zu verfolgen, wo sie Unglück stiften.

Die Hereditätsforschungen haben bis jetzt keine unzweideutigen Resultate gezeitigt und es erscheint mir noch zweifelhaft, ob wir unter allen Umständen das Recht oder gar die Pflicht haben, von der Heirat von Nachkommen von Geisteskranken abzuraten. Wir sehen also, wie groß der Schaden ist, den eine Geisteskrankheit für Patient und Angehörige oft hat, ja haben muß. Es ist unsere Pflicht, als Arzt wie als sozial fühlender Mensch, alles einzusetzen, die Krankheit rasch zur Heilung oder wenigstens Besserung zu führen, die Kranken der Gesellschaft wieder als nützliches Glied einzureihen und dadurch Familie, Gemeinde und Staat vor größerem Schaden zu bewahren. Gelingt es uns, etwas zu er-



reichen, so dürfen wir stolz darauf sein, und wir dürfen deshalb nichts unversucht lassen, was in unserer Macht steht. Wir müssen aber auch vorsorgend eingreifen, um eine Wiedererkrankung zu verhüten, wir müssen versuchen, einen Einfluß auf die häuslichen Verhältnisse auszuüben, um eine richtige Prophylaxe durchzuführen. Eine schwierige aber dankbare Aufgabe, die leider noch zu wenig berücksichtigt werden kann. Aus allem dem ergibt sich zur Evidenz, daß wir möglichst rasch alle diejenigen Geisteskranken in eine Anstalt aufnehmen sollen, für die dies aus irgendeinem Grunde angezeigt erscheint, wobei das Interesse der Kranken allem anderen voranzusetzen ist.

In erster Linie, glaube ich, wäre es unsere Aufgabe dafür zu sorgen, daß alle diejenigen, für die eine Anstaltsbehandlung angezeigt erscheint, aufgenommen werden können, was in vielen Anstalten nicht immer der Fall ist. Ich kenne Anstalten, wo akute Schwerkranke oft ein halbes Jahr und darüber auf Aufnahme warten müssen, während die Anstalt selbst mit einer Reihe von Kranken überfüllt ist, welche in eine Armen- oder Arbeitsanstalt gehören würden oder zurück in die Familie.

Nun behauptet man freilich vielerorts, sie können allen Aufnahmegesuchen nachkommen, aber wenn man dann die Abteilungen besichtigt, so findet man, daß dieselben so überfüllt sind, wie immer möglich, was wieder seine Nachteile hat, wie ich später noch zeigen werde. Es werden nun sicherlich auch solche Kranke zur Aufnahme empfohlen, welche einer Anstaltsbehandlung nicht absolut bedürfen und nur aus persönlichen Gründen aus der Familie entfernt werden sollen, weil man ihrer los sein möchte. Ich will nun nicht sagen, daß die Zahl dieser Fälle groß ist und daß sich durch Zurückweisung derselben eine bedeutende Reduktion der Aufnahmen erreichen ließe.

Ich habe im vorstehenden nun festgestellt, welche Kranke absolut in Anstalten aufgenommen werden müssen, und werde im folgenden darzutun suchen, wie lange sie darin zu verbleiben haben, d. h. die Vor- und Nachteile der Anstaltsbehandlung beleuchten, um nachher daraus Schlüsse zu ziehen für den einzelnen Fall. (Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**,
Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

§§ 305, 157.

Hat ein Untersuchungsrichter eine öffentliche Krankenanstalt ersucht, eine bei der Vernehmung plötzlich erkrankte Person aufzunehmen, so wird der Fiskus, nur soweit es sich um die vorläufige Aufnahme handelt, verpflichtet, nicht aber auch soweit sich eine länger andauernde Pflege in der Krankenanstalt als nötig erweist. (RG. III, 18. März 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1434.

§ 319.

Offenbar unbillig ist ein Gutachten nicht nur, wenn es handgreiflich falsch ist, sondern auch, wenn es auf offenbar ungenügender Grundlage abgegeben ist.

Das Gutachten der Schiedskommission ist unrichtig und sachwidrig. Dies ist auf eine in die Augen fallende Flüchtigkeit der von der Kommission vorgenommenen Prüfung des unterbreiteten Falles, einen dem Gutachten anhaftenden wesentlichen Mangel, zurückzuführen. Denn bei sachgemäßer Prüfung hätte der Kommission nicht entgehen können, daß der günstige Augenblicksbefund am Knie des Klägers nicht ausreichen konnte, den fraglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der festgestellten schweren Neurasthenie zu verneinen. Die dringend angezeigte Anstellung von Ermittlungen über das Befinden und Verhalten des Klägers vor und nach dem Unfall ist aber von der Kommission unterlassen worden. RGZ. Bd. 69 S. 167 steht nicht entgegen. (RG. VII, 26. November 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 483.

§ 812.

Wer sich eine Lebensversicherung von einem nachträglich als geschäftsunfähig erwiesenen Versicherungsnehmer abtreten läßt und die Versicherungssumme nach dessen Tod einzieht, muß sie an den Nachlaß heraus vergüten, gleichgültig ob der Versicherungsvertrag zu Recht bestand. (RG. IV, 3. Mai 1913.) D. R. Entsch. Nr. 2288.

§§ 823, 827.

Daß der Beklagte wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, schließt eine Verurteilung zur Unter-



lassung einer den Kläger beleidigenden Äußerung für gewöhnlich nicht aus. Der Beklagte ist allerdings für eine gegen das Urteilsverbot verübte unerlaubte Handlung nicht verantwortlich, wenn er sie als Geisteskranker ohne freie Willensbestimmung begangen hat.

Wenn auch der Beklagte durch die Entmündigung nach § 104 BGB. geschäftsunfähig geworden ist, so daß er rechtsgeschäftliche Willenserklärungen nicht mehr wirksam abgeben kann, so ist doch die bloße Tatsache der Entmündigung rechtlich ohne Bedeutung für die Frage, ob der Beklagte trotzdem wegen unerlaubter Handlungen verantwortlich zu machen sei. Er würde nach § 827 Satz 1 BGB. nur dann verantwortungsfrei sein, wenn nachzuweisen ist, daß er die unerlaubte Handlung, die ihm vorgeworfen wird, in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit verübt hat. Daß aber der Beklagte mit einer derartigen Geisteskrankheit behaftet war oder ist und voraussichtlich auch in Zukunft behaftet bleiben werde, so daß § 827 Abs. 1 BGB. schlechthin Platz greifen müßte, hat sein Vormund in keiner Weise behauptet oder auch nur angedeutet. Danach durfte das Berufungsgericht rechtlich zulässig davon ausgehen, daß der Beklagte auch künftighin gegen die Kläger solche Ehrangriffe verüben werde, für welche er trotz seiner jetzt bestehenden Entmündigung an sich verantwortlich zu machen sei. Seine Verurteilung zur Unterlassung weiterer derartiger Angriffe ist somit rechtlich nicht zu beanstanden, wozu jedoch bemerkt sei, daß der Beklagte sich von der Verantwortung wegen der gegen das Urteilsverbot verübten unerlaubten Handlungen auch noch durch den späteren Nachweis nach § 827 Abs. 1 BGB. befreien kann, er habe sie als Geisteskranker ohne freie Willensbestimmung begangen. (RG. VI, 18. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 838.

§ 823.

Fortgesetzt grundlos schlechte Behandlung eines bereits nervösen Untergebenen kann zum Schadenersatz verpflichten, wenn die dadurch eingetretene Verschlechterung des Zustands auch nur im allgemeinen voraussehbar war.

Darauf kommt es nicht an, ob der Kläger zu der Zeit der schlechten Behandlung seitens des Beklagten bereits nervös oder in anderer Weise erkrankt war und ob der Beklagte dies wußte. Denn fortgesetzter dienstlicher Ärger und eine rücksichtslose, ehrverletzende Behandlung eines Untergebenen durch den Vorgesetzten sind sehr wohl objektiv geeignet, auch bei einem bis dahin gesunden Menschen ein Nervenleiden hervorzurufen. Voraussetzung der Fahrlässigkeit ist es nicht, daß der Täter schon eine genaue Vorstellung von der tatsächlichen Art des Schadens hätte gewinnen können; es genügt vielmehr, daß er voraussehen konnte, es könne irgendeine Gefahr entstehen. Daß aber eine fortwährend wiederholte ehrkränkende und beschimpfende Behandlung den Kläger zu erbittern und sein Nervensystem ungünstig zu beeinflussen, damit aber seine Gesundheit schwer zu schädigen geeignet war, konnte dem Beklagten bei der geringsten Überlegung nicht verborgen bleiben. (RG. III, 11. Februar 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 1133.

§ 823.

Mit bloßen Vermutungen und Möglichkeiten läßt sich der ursächliche Zusammenhang nicht verneinen.

Das Berufungsgericht erachtet als unaufgeklärt, aus welchem Anlasse der Verunglückte das Gleichgewicht verlor, rechnet mit der Möglichkeit eines Schwindelanfalls und hält weiter für möglich, daß der Verunglückte in diesem Falle auch bei einem normal hohen Geländer abgestürzt wäre. Allein für die Annahme eines Schwindelanfalles fehlt jeder Anhaltspunkt. Aber auch, wenn man einen Schwindelanfall unterstellt, ist der ursächliche Zusammenhang des Unfalles mit den behaupteten Mängeln der Treppe doch nur dann ausgeschlossen, wenn anzunehmen ist, daß der Verunglückte — und zwar nicht nur möglicherweise — auch bei ordnungsmäßigem Zustande der Treppe abgestürzt wäre. Das Berufungsgericht hätte daher zunächst prüfen sollen, ob und inwieweit ein ordnungswidriger Zustand vorlag, und es hätte, wenn die Ordnungswidrigkeit geeignet war, den Unfall herbeizuführen oder auch nur zu fördern, den ursächlichen Zusammenhang nur dann ablehnen dürfen, wenn es feststellen konnte, daß der Unfall notwendig, nicht bloß möglicherweise, auch bei ordnungsmäßigem Zustande der Treppe eingetreten wäre. (RG. III, 6. Mai 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 2070.

§ 831.

Für die Beurteilung, ob bei der Auswahl einer Aufsichtsperson die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet ist, kommt es auf die Art der Verrichtungen an, deren Ausführung geleitet oder überwacht werden soll. Dabei ist aber auch auf das Maß von Selbständigkeit Rücksicht zu nehmen, das der Aufsichtsperson eingeräumt ist. (RG. VI, 28. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 941.

§ 831.

Wenngleich ein langjähriges Verbleiben des An-



gestellten in derselben Stelle und der Umstand, daß der Geschäftsherr ihn später wieder annimmt, zu der Vermutung hinleiten, daß der Geschäftsherr mit ihm zufrieden war, so wird doch hierdurch der im § 831 Satz 2 geforderte Beweis nicht ersetzt.

Nicht nur können andere Gründe, Gutmütigkeit, persönliche Verpflichtung, Leutenot u. dergl., den Geschäftsherrn bestimmt haben, den Angestellten trotz seiner Mängel zu behalten und wieder einzustellen. Es beweist auch die Zufriedenheit des Dienstherrn mit dem Angestellten jedenfalls dann nichts für dessen Tauglichkeit, wenn, wie es hier festgestellt ist, der Dienstherr selbst in der für die Verlässigkeit des Angestellten erheblichen Beziehung laxen Anschauungen gehuldigt und die Unregelmäßigkeiten seiner Leute geduldet hat. (RG. VI, 2. Oktober 1913.) D. R. Entsch. Nr. 3005.

§ 831.

Ist der Angestellte wegen Trunkgeneigtheit ungeeignet, so ist es unerheblich, ob er etwa zur Unfallszeit nicht angetrunken gewesen ist.

Die Revision möchte den Schluß ziehen, daß dann sein Hang zum Trinken für den Schaden nicht ursächlich geworden sei. Diese Auffassung findet im Gesetze keine Stütze. Denn der § 831 Abs. 1 Satz 2 setzt nicht voraus, daß der Bestellte den Schaden gerade infolge der fehlerhaften Eigenschaft verursacht habe, wegen welcher der Beweis für seine Eignung zur übertragenen Verrichtung nicht erbringlich ist. „Recht" 1911 Nr. 498. (RG. VI, 25. November 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 500.

§ 832.

Von einem normal erzogenen, genügend gewarnten 12½jährigen Sohne braucht der Vater nicht zu erwarten, daß er die vom Vater in sein Zimmer mitgenommene Windbüchse während des Mittagsschlafes heimlich herausholen wird. (RG. VI, 5. Dezember 1912.) D. R. Entsch. Nr. 501.

§ 832.

Im Jahre 1903 war die Ehefrau Sp. an „melancholischer Verstimmung" erkrankt und in der psychiatrischen Klinik der Universität K. untergebracht, von wo sie als geheilt entlassen wurde. Am 12. November 1905 wurde sie wiederum in die Klinik gebracht und versuchte auf der Fahrt, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, was dem Leiter der Klinik, Prof. Dr. S., mitgeteilt wurde. Ihre Untersuchung erfolgte zunächst in der Beobachtungsstation, aber schon am 15. November auf Anordnung des Leiters in der offenen Station, der sog. Villa. Hier machte sie am Morgen des 16. November einen Selbstmordversuch, sie sprang aus dem Fenster des im Obergeschoß befindlichen Klosetts und verletzte sich schwer. Der Ehemann Sp. fand ein Verschulden darin, daß die Kranke schon am 15. November in die offene und mit den gehörigen Sicherungseinrichtungen nicht versehene Beobachtungsstation verlegt sei; er verlangte deshalb Schadenersatz und erhob Klage gegen den preußischen Fiskus, als dem Vertreter der Universität K. Das Landgericht erklärte den Anspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt. Das Oberlandesgericht K. wies dagegen die Klage ab. Auf die Revision des Klägers Sp. führte dagegen der 3. Zivilsenat des Reichsgerichts u. a. aus: Mit Recht macht die Revision geltend, das Obergutachten und der über die Frage des Verschuldens urteilende Berufungsrichter habe außer acht gelassen, daß für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch, ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums hätte rechnen müssen. Die Ausführungen des Oberlandesgerichts lassen die Prüfung vermissen, ob der Leiter der Klinik, wenn er sie nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmaßregeln zu treffen verpflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa. Auch wenn der Anstaltsleiter ohne Fahrlässigkeit den Selbstmordverdacht bei den Anstaltskranken für völlig ausgeschlossen hält und halten darf, so muß doch immerhin mit der Möglichkeit eines Irrtums gerechnet werden. Auf diese Möglichkeit hin werden, soweit es sich mit dem Heilzwecke vereinigen läßt, die Einrichtungen der offenen Station mit den erforderlichen Sicherungsvorkehrungen versehen sein müssen. Der Beklagte nimmt die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er ist dafür verantwortlich, daß sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch gegen die Gefahr der Selbstbeschädigung, soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzweckes zu treffenden Maßnahmen es zulassen. Es fragt sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherungsvorkehrungen gefehlt hat. Wenn es richtig ist, daß gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so ist nicht einzusehen, weshalb die Fenster des



Klosetts im Obergeschoß nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet waren, daß das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte. Auch ist nicht ersichtlich, welche Umstände die Anwendung der äußersten Vorsicht, gerade auch in Ansehung der Überwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts hinderten. Regelmäßig liegt die Annahme eines Verschuldens nahe, wenn Sicherungsmaßregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich ist. Nach dieser Richtung hin bedürfe die Klage noch der eingehenden Prüfung. Das Urteil wurde deshalb aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. (RG. III, 18. März 1913.) Z. f. M. Beilage Nr. 16 S. 189.

§ 842, 843.

Eine Rente ist in der Regel nicht auf Lebensdauer zuzusprechen. Das Gericht hat sie vielmehr mit Rücksicht auf den normalerweise sich geltend machenden Einfluß des zunehmenden Alters entsprechend zeitlich zu begrenzen. (RG. VI, 19. Dezember 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1603.

§ 847.

Jeder Körperschaden gewährt ohne Rücksicht darauf, ob er mit Schmerzen verbunden ist oder ob er daneben eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten zur Folge hat, einen Anspruch auf Grund des § 847.

§ 847 gibt einen Ersatzanspruch nicht nur als Entschädigung für ausgestandene Schmerzen, sondern ganz allgemein für jeden durch eine Körper- oder Gesundheitsverletzung oder Freiheitsentziehung entstandenen Schaden, der nicht Vermögensschaden ist. Schon der Wortlaut der Vorschrift schließt hiernach die Annahme aus, daß nur ein Anspruch auf „Schmerzensgeld" in dem engeren Sinne hat gewährt werden sollen, insbesondere ist eine derartige enge Auslegung mit der Gewährung des Anspruchs auch für den Fall der Freiheitsentziehung unvereinbar. Auch die Motive (II S. 801) ergeben dies zweifelsfrei. (RG. VI, 15. Februar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1143.

§ 1304.

Will ein wegen Trunksucht und Geistesschwäche Entmündigter seine Haushälterin und Pflegerin heiraten, so kann über das Bedenken der erblichen Belastung der Nachkommenschaft dann hinweggesehen werden, wenn bereits uneheliche Nachkommen vorhanden sind und sonstige ganz überwiegende Gründe für die Heirat sprechen, insbesondere Enthaltung von Alkohol und sparsames Leben.

Die Tatsache, daß der Mündel bei Gelegenheiten, bei welchen Helene B. nicht auf ihn einwirken konnte, wieder in die Trunksucht zurückfiel, in Verbindung mit dem unhaltbaren Zustand, in dem er sich zur Zeit der Entmündigung befand, drängt zur Annahme, daß jene Besserung der B. allein zu verdanken ist. Eine Pflegerin von der Art, wie Helene B. sich bewährt hat, ist gerichtsbekannt heutzutage schwer zu finden. Daß sie, wenn ihre Ehe mit dem Mündel nicht zustande kommen kann, bei ihm bleibt, ist mindestens unsicher. Wird solchenfalls der Geschlechtsverkehr fortgesetzt, so besteht nach Art. 50 a BayPolStG. die Gefahr polizeilicher Trennung. Daß ferner in dem kleinen Orte, in dem der Mündel lebt, die Abstammung des außerehelichen Kindes der Helene B. und damit ihr Verhältnis zum Mündel ein Geheimnis geblieben sein und keinen Anstoß erregt haben sollte, widerstreitet aller Erfahrung. Wird durch die Ehe die Ursache des Anstoßes beseitigt, so wird dadurch nicht nur das Ansehen der Helene B., sondern auch das des Mündels gehoben. Das wegen der Möglichkeit der Kindererzeugung aus dem Gesundheitszustande des Mündels abgeleitete Bedenken des Beschwerdegerichts gegen die Eheschließung des Mündels hat auf die Frage, ob die Eheschließung im Interesse des Mündels liegt, gar keinen Einfluß. Denn die Möglichkeit, daß der Mündel, mag die Eheschließung bewilligt werden oder nicht, außerehelich Kinder erzeugt, ist nicht zu bestreiten. (Bay. OLG., 11. April 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1745.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Arsalyt als Ersatz für Salvarsan.** Hierüber berichtete Dr. R. Hahn-Hamburg im ärztlichen Verein in Hamburg am 3. Februar 1914. Dem offiziellen Protokoll (Deutsch. med. Wochenschrift 1914 S. 886) entnehmen wir hierüber folgendes:

„Es wurden 225 Patienten mit 1000 Injektionen behandelt. Gar keine Nebenerscheinungen hatten 129. Nebenerscheinungen zeigten: Fieber nach der ersten Injektion bis 38° 18, bis 38,8° 24, bis 40,2° 7; nach den ersten beiden Injektionen 3, nach jeder Injektion 1; Erbrechen 8, Exantheme 9, Kopfschmerz 18, Durchfälle 3, Herpes lab. 3, Schüttelfrost 1, stärkere Gesichtsschwel-



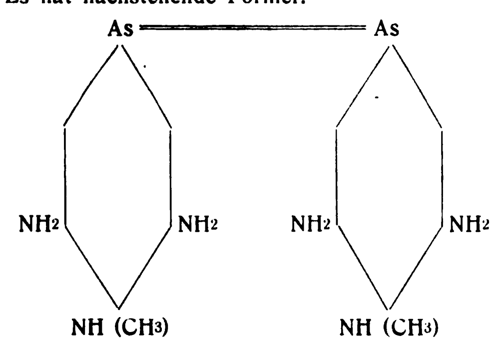
lung 3, Krämpfe, Benommenheit 1. Also alle die Erscheinungen, die auch beim Salvarsan beobachtet wurden, nur traten sie in geringerem Maße auf."

Hahn faßt zusammen: 1. Das Arsalyt beseitigt die syphilitischen Erscheinungen ebenso prompt wie das Salvarsan. 2. Die Nebenerscheinungen sind geringer, es macht keine Abszesse, die Schmerzhaftigkeit bei etwaigem Eintritt in die Gewebe ist wesentlich geringer, es wird völlig resorbiert. 3. Die Handhabung ist die denkbar einfachste, da es gebrauchsfertig aus der Fabrik kommt. Es eignet sich ebenso gut für die Tropen wie für die Sprechstunde. 4. Das Präparat gestattet die Anwendung von dem Körpergewicht entsprechenden Mengen. 5. Es stellt sich billiger als Salvarsan.

Das Arsalyt (Bismethylaminotetra-aminoarsenobenzol) ist bekanntlich von Dr. G. Giemsa (Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg) gefunden worden, der darüber in der Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 20 („Beitrag zur Chemotherapie der Spirochäten") berichtet hat.

Das Arsalyt ist in der Wissenschaftlichen Abteilung von C. F. Boehringer & Söhne durch L. Ach und A. Rothmann synthetisiert worden.

Es hat nachstehende Formel:



Das salzsaure Salz ($C_{14}H_{24}N_6As_2Cl_4$), so teilte damals G. Giemsa mit, „stellt ein schwefelgelbes Pulver vor, welches sich in zugeschmolzenen, evakuierten oder mit indifferenten Gasen gefüllten Glasröhrchen unverändert hält. Sein Arsengehalt beträgt 26,5%. In Wasser von Zimmertemperatur ist es ziemlich langsam, aber vollkommen klar löslich und erteilt der Lösung eine gelbliche Farbe und stark saure Reaktion.

Aus derartigen Lösungen wird die freie, sehr leicht oxydable Base durch Zusatz von Natron- oder Kalilauge ausgefällt, ohne beim Überschuß der Lauge wieder in Lösung zu gehen. Anders verhalten sich die Lösungen des HCl-Salzes nach meinen Ermittlungen Alkalikarbonat gegenüber. Setzt man zu ihm langsam Natriumkarbonat- oder Natriumbikarbonatlösung hinzu, so wird allmählich gleichfalls ein Niederschlag erzeugt, der jedoch beim Hinzufügen weiterer, zur Absättigung aller 4 HCl-Moleküle nötigen Menge wieder in Lösung geht. Bei vorsichtigem Zusetzen läßt sich sehr leicht eine ganz schwach alkaisch reagierende Flüssigkeit erzielen, die mit Blutserum klare Mischungen gibt und sich für jede Art parenteraler Einverleibung sehr gut eignet, im Gegensatz zur sauren Lösung, welche Albumine fällt und daher für Injektionen wenig geeignet, für die intravenöse gänzlich untauglich ist."

In bezug auf die drei Spirochätenarten verhielten sich in Giemsas Experimenten die Heildosen des Präparates zu den ertragenen Gaben wie folgt:

Dosis	Hühnerspirochäten		Rekurrens-spirochäten	Lues-spirochäten
	Huhn	Kanarienvogel	Maus	Kaninchen
curativa	1	1	1	1
tolerata	32	87,5	1,56	12,7

Die entsprechenden Werte mit Salvarsan sind bei Hühnerspirochäten $\frac{1}{58}$, bei Rekurrensspirochäten $\frac{1}{2,7}$, bei Kaninchenlues $\frac{1}{7}$ bis $\frac{1}{10}$.

Für Lues ist also dieser Wert beim Giemsa-Präparat nicht unerheblich günstiger als beim Salvarsan.

Nach Analogie des Tierexperiments würde die Dosis tolerata **4,8 g pro 60 kg Mensch** sein, doch betont Giemsa selbst, daß man die Werte des Tierexperiments nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen dürfe, da schon innerhalb einer und derselben Tierspezies die Toleranz verschieden sei.

Nach Giemsa ergab die Ermittlung der Dosis tolerata bei den verschiedenen Tierarten folgende Werte:

Stärke der verwendeten Lösung	Tierart	Art der Injektion	Dosis tolerata in Gramm pr. 1 kg Tier
4 %	Kaninchen	intravenös	0,14
4 %	Hunde	„	0,07
4 %	Affen	„	0,08
0,3 %	Mäuse	„	} 0,12
0,3 %	„	subkutan	
3 %	Hühner	intravenös	0,1
3 %	„	intramuskulär	0,08
1 %	Ratten	subkutan	0,13
1 ‰	Kanarienvögel	intramuskulär	0,2

Die Durchschnittsgiftigkeit ist also eine recht geringe.

„Ausgeprägt neurotrope Eigenschaften zeigte das Präparat im Tierversuche nicht, insbesondere fehlten auch Anhaltspunkte für irgendwelche Augenschädigung."

Die Ergebnisse der Experimente sind von Giemsa im Original in Tabellenform wiedergegeben und die Heileffekte an einem Lues-Kaninchen (Schanker) auch durch einige Abbildungen veranschaulicht.



Hergestellt wird Arsalyt von der Firma Boehringer & Söhne in Mannheim.

Von Dr. Brückner wurde es auch in der Staatsirrenanstalt in Langenhorn bei Hamburg versucht.

(Vielleicht bringt die Pharmakologie diesmal dasjenige Präparat, das Arsen in der auch bei Paralyse wirksamen Verbindung enthält? — Arsenige Säure wurde schon 1867 bei Paralyse empfohlen, cf. diese Zeitschrift, XI, S. 437.)

— **Gemeinsame Tagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft** in Bern am 5. September 1914. Die diesjährige VIII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird in Gemeinschaft mit der Versammlung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft am 5. September in Bern abgehalten, und zwar vor der Tagung des Internationalen Kongresses für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie (Bern, 7. bis 12. September 1914). Referate werden am 5. September nicht erstattet werden. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen für die gemeinsame Sitzung am 5. September werden bis spätestens 1. Juli an den I. Schriftführer der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Dr. K. Mendel, Berlin W., Augsburgerstr. 43, erbeten.

— **Mutige Rettungstat des Geheimen Sanitätsrates Dr. Pätz.** Der im 63. Lebensjahre stehende Direktor der Landesheilanstalt Altscherbitz, Geheimer Sanitätsrat Dr. Pätz, hörte auf einem Spaziergang durch den Anstaltspark von Altscherbitz vom Ufer der Elster her gellende Hilferufe. Er legte die mehrere hundert Meter lange Strecke nach dem Elsterufer im Laufschritt zurück und fand dort eine Anstaltspflegerin, die ihm meldete, daß eine ihr anvertraute geisteskranke Dame plötzlich in das Wasser gesprungen sei. Die Geisteskranke trieb schon weit weg vom Ufer mitten in dem hoch angeschwollenen Fluß. Trotzdem Geheimrat Pätz vom Laufen stark erhitzt war und trotz seines nervösen Herzleidens sprang er, ohne sich zu besinnen, in die fünf Meter tiefe Elster, schwamm zu der Kranken, packte die sich heftig Sträubende und brachte sie zum Ufer zurück. Die Elster ist an der betreffenden Stelle, unmittelbar am Ufer, über zwei Meter tief. Hilfe war zunächst nicht zur Stelle und so mußte Geheimrat Pätz wassertretend und den Kopf der Kranken über Wasser haltend zehn Minuten lang in der lebensgefährlichen Situation verweilen, bis ihm Anstaltsangestellte zu Hilfe kamen. (Voss. Zeitung, 27. April 1914.)

— **Kommunallandtag des Bezirks Wiesbaden.** Die Beschaffung von Dienstwohnungen für die Irrenanstaltspfleger hat sich als notwendig erwiesen, die Verwaltung will aber nicht auf Kosten des Bezirksverbandes Wohnhäuser bauen, sondern dem Vorgehen der Rheinprovinz folgend, dem Anstaltspersonal die Erbauung eigener Wohnhäuser durch Verschaffung oder Gewährung gering verzinslicher Darlehen unter selbstschuldnerischer Bürgschaft und unter Beteiligung des Bezirksverbandes an der Verzinsung des Baukapitals in Höhe von etwa 1 Prozent zu ermöglichen. Die Landesversicherungsanstalt in Kassel will auch derartige Darlehen geben, vorausgesetzt, daß der Darlehnsnehmer dauernd bei der Landesversicherungsanstalt versichert ist; der Zinsfuß beträgt 3½ Prozent, der jährliche Kapitalabtrag mindestens 1½ Prozent. Der Landeshauptmann wird ermächtigt, die Bürgschaft im gegebenen Fall zu übernehmen und wegen der Gewährung von Darlehen an dort nicht versicherte Beamte mit der Kasseler Anstalt in Verbindung zu treten und eventuell im nächsten Etat für diese Zwecke Mittel einzusetzen.

Therapeutisches.

— **Ervasin und Ervasin-Calcium bei Nervenkrankheiten** von Nervenarzt Dr. med. Rud. Topp, dirigierender Arzt der St. Joseph-Heilanstalt Berlin-Weißensee. (Deutsche Med. Zeitung Nr. 18. 1913.)

Die pharmakodynamischen Wirkungen und die Medikationen des Ervasin (Goedecke & Co. Leipzig) sind die gleichen, wie die der Salicylate. Ein großer Vorzug des Ervasin besteht jedoch in dem Fehlen unangenehmer Nebenerscheinungen, wie sie die Salicylsäure und ihren direkten Abkömmlingen oft eigen sind: Nierenschädigungen, Appetitstörungen, Übelkeit, Ohrensausen, Beeinträchtigung der Herztätigkeit, profuse Schweiße. Dazu kommt die raschere schmerzstillende Wirkung des Ervasin und ein gleichmäßiges Absteigen der Temperatur im Fieber. Diese günstigen Eigenschaften erklären sich aus der chemischen Konstitution des Ervasin (Acetylparakresotinsäure). Parakresotinsäure ist eine weniger toxische Homologe der Salicylsäure und dementsprechend hat auch im Tierversuche das Ervasin (Acetylparakresotinsäure) sich unschädlicher als die Acetylsalizylsäure erwiesen. Ervasin-Calcium ist das lösliche Calciumsalz.

Medikationen sind: Allgemeine fieberhafte Erkrankungen, Influenza, akuter und chronischer Gelenk- und Muskel-Rheumatismus. Ferner sind „Ervasin und Ervasin-Calcium schätzenswerte Medikamente in der Hand des Neurologen": bei Neuralgien, Neuritiden ausnahmslos und recht oft auch bei lanzinierenden Schmerzen der Tabiker. Nach den Erfahrungen des Verfassers gehören „Ervasin und Ervasin-Calcium zu den besten Antineuralgicis der Gegenwart und sind den Salicylaten schon im Hinblick auf ihre sicher größere Unschädlichkeit im allgemeinen vorzuziehen".

Die mitgeteilten Fälle von Trigeminus- und Interkostalneuralgie, Neuralgie des Plexus brachialis, ischias, Neuritis facialis und Polyneuritis alcoholica lassen die günstige Wirkung des Ervasin aufs deutlichste erkennen, insbesondere der eine durch Ervasin rezidivfrei geheilte Trigeminusfall, bei dem vorher eine ganze Reihe älterer und moderner Antineuralgica fast ohne Effekt geblieben war.

Bei typischer Hemikranie und Kopfschmerzen im allgemeinen ist Ervasin als symptomatisches Hilfsmittel oft recht brauchbar und wird vom Verfasser empfohlen.

Dosis: 3 mal tgl. 1 bis 2 Stück.

— **Yoghurt und Trockenpräparate.** Das wirksame Prinzip des Yoghurt und der Yoghurt-Präparate ist der Bacill. bulgaricus. Der bekannte Entdecker dieses Mi-



roben und viele andere Forscher halten die Zuführung dieses Mikroben in den Darm deshalb für wichtig, weil er sich dort ansiedelt und die vorhandenen Fäulnisbakterien und ihre giftigen Zersetzungs-Produkte vernichtet und auch andere Schädlinge fernhält. (Prof. Klotz in „Zentralblatt für Bakteriologie". Dr. Katschi im „Reichs-Medizinal-Anzeiger". Prof. Kern in „Zeitschrift für Klinische Medizin". Dr. Wejnert in „Wiener Mediz. Wochenschrift" und viele andere in der äußerst reichlich vorhandenen Literatur). Daß die lebenden Bakterien in den Yoghurt-Trocken-Präparaten sich länger wirksam erhalten als in den flüssigen Fermenten, beweisen die neuerdings veröffentlichten Untersuchungen im Kgl. Hygiene-Institut der technischen Hochschule in Dresden unter Geheimrat Prof. Dr. Renk und Prof. Dr. Lange. Diese im „Archiv für Hygiene" im 4. und 5. Heft vom Herbst 1913 veröffentlichten Untersuchungen haben das Resultat ergeben, daß noch bei 20 Monaten alten Tabletten das Vorhandensein wirksamer Yoghurt-Bakterien leicht nachzuweisen war. Die Tatsache, daß die Yoghurt-Bereitung mit trockenen Yoghurt-Präparaten länger dauert, als mit flüssigem frischem Yoghurt-Ferment, ist, nach den obigen Untersuchungen, darauf zurückzuführen, daß die Yoghurt-Bakterien häufig in Casein-Hüllen eingebettet sind und daß die Auflösung der Casein-Hüllen in der Milch erst vor sich gehen muß, bevor die Wirkung der Bakterien in der Milch beginnt und ihre Vermehrung eintritt. Dazu sind einige Stunden erforderlich. Im Verdauungsapparat des Menschen geht die Auflösung der Casein-Hüllen erst im Dünn-Darm vor sich, so daß die Bakterien im Darm ihre Wirksamkeit ungeschwächt entfalten, ohne von der zerstörenden Wirkung des Magen-Saftes angegriffen zu werden. Die Wirksamkeit der Yoghurt-Tabletten erfährt durch diese Tatsache auch ihre wissenschaftliche Begründung. Durch diese Ergebnisse sind die ab und zu auftauchenden Redensarten über angebliche Unwirksamkeit der trockenen Yoghurt-Präparate endgültig widerlegt. Es sei gestattet, hier noch aus der Arbeit von Dr. Löbel, die in der Naturwissenschaftlichen Rundschau am 12. Oktober erschienen ist, einige interessante Stellen zu zitieren. ...... „So habe ich in der kleinen Schrift „Maya-Yoghurt" (bei G. Homann, Berlin-Wilmersdorf) Ausführliches über die Geschichte des Yoghurt bis zur neuesten Zeit, sein Wesen, die bakteriellen Vorgänge im Darm, die Wirkungsweise und Anwendung der Yoghurt-Präparate berichtet. Dort habe ich an geeigneter Stelle durch Literatur-Angaben den Nachweis geführt, daß nicht nur die frischen, sondern auch die trockenen Mühlrad-Yoghurt-Präparate, die zum Genusse fertig sind, die Yoghurt-Bakterien, namentlich den Bazillus bulgaricus, enthalten. Es kann ja schließlich nicht anders sein. Wie sollte man mit dem trockenen Pulver-Präparat sonst den Yoghurt bereiten können, wenn die Bakterien in ihm in wirksamer Weise nicht enthalten wären?"

Auch die Behauptungen, daß Yoghurt in 1 bis 2 Stunden hergestellt werden kann, mögen hier gründlich widerlegt werden. Ohne Zusätze von Chemikalien etc. erfordert die Yoghurt-Herstellung mit frischen, guten flüssigen Fermenten ca. 4 Stunden, mit trockenen Yoghurt-Präparaten mindestens 8 Stunden und mehr.

Das Ergebnis der angedeuteten Untersuchungen ist, wie folgt, zusammenzufassen: Trockene Yoghurt-Präparate — Tabletten und Fermente — sachgemäß hergestellt, enthalten den Bazill. bulg. jahrelang in lebendem wirksamen Zustand. Etwaige gegenteilige Behauptungen müssen daher im Interesse der Wahrheit bestritten werden. Flüssige Fermente haben den Vorzug rascherer Wirksamkeit bei der Yoghurt-Bereitung. Die längere Haltbarkeit und größere Widerstandsfähigkeit kommt den trockenen Yoghurt-Präparaten zu. Die praktischere Bedeutung und den größeren Wert haben daher die Yoghurt-Trocken-Präparate.

Das Hygiene-Laboratorium, Berlin-Wilmersdorf liefert: Mühlrad-Yoghurt-Tabletten à Packung M. 3,—, Mühlrad-Yoghurt-Ferment, trocken M 3,—, Mühlrad-Yoghurt-Ferment, flüssig M 1,50.

— **Anaphylaktische Erscheinungen nach Fibrolysin.** Von Dr. Dethleffsen. Aus der Abteilung für physikalische Therapie des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg-Hamburg. (Leit. Arzt Dr. Plate.) Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1913.

In einem Falle von peritonealen Verwachsungen, die im Anschluß an überstandene Cholelithiasis entstanden sind, wird 1909 zur Lösung dieser Verwachsungen

eine Fibrolysininjektionskur begonnen. Neun Injektionen werden gut vertragen, nach der zehnten plötzlich ein ausgedehntes masernartiges Exanthem. Die Fibrolysinkur wurde abgebrochen. Schmerzen in der rechten Seite geringer geworden, aber noch nicht ganz verschwunden.

Im Herbst 1912 verschlechtert sich der Zustand wieder. Der Arzt leitet wieder eine Fibrolysinkur ein.

19. Oktober 1912. Temperatur normal. Wohlbefinden.

21. Oktober 1912. Patientin ist den ganzen Tag außer Bett, hat keinerlei Schmerzen. Temperatur dauernd normal. Beschwerdefrei entlassen.

Nach der Entlassung fühlt sich Patientin dauernd weiter gut und hat keinerlei Beschwerden mehr.

Trotz der Reaktionserscheinungen (anaphylaktische Erscheinungen, plötzlicher Anfall von Schüttelfrost, Atemnot und Angstgefühl, Temperatur 38°, Erbrechen) wurde mit der Fibrolysinbehandlung fortgefahren. Der Erfolg war ein besonders guter und nachhaltiger.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Städt. Heil- und Pflegeanstalt Dresden.** Dr. Rüder am 1. Mai ds. Js. als Assistenzarzt eingetreten.

— **Plagwitz** bei Löwenberg i. Schles. Am 1. April d. Js. konnte Sanitätsrat Dr. Peterssen-Borstel auf eine 25jährige Tätigkeit als Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Plagwitz zurückblicken.

— **Braunschweig.** Geh. San.-Rat Dr. Oswald Berkhan, der bekannte Förderer der Schwachsinnigenforschung und -fürsorge, feierte am 19. III. 1914 seinen 80. Geburtstag.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 7. 16. Mai **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Heilanstalt.

Von Dr. med. **Fr. Uhlmann,** leitender Arzt des Kurhauses „Schönfels“, Zugerberg (Schweiz), früher Arzt an der Kgl. Heilanstalt Schussenried (Württemberg).

(Schluß.)

XII. Licht- und Schattenseiten der Anstaltsbehandlung.

Die Heilanstalt soll, um ihrem Namen gerecht zu werden, eine Art Spital sein, wo Geisteskranke mittels der der Psychiatrie zu Gebote stehenden Heilmittel und vor allem der verschiedenen physikalischen und psychotherapeutischen Hilfsmittel behandelt werden, unterstützt durch eine Reihe erzieherischer und vorsorgender Maßregeln. In diesem Programm gehen die Heilanstalten im großen und ganzen einig, wenn sie auch in Detailsachen und in der Würdigung einzelner Methoden ganz erheblich abweichen. Es ist klar, daß verschiedene dieser Maßregeln nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile haben, die sich meistens nicht vermeiden lassen. Schon die Internierung der Kranken in einer Anstalt und dazu in einer der verlästerten Irrenanstalten bringt für den Kranken, wenn er auch nur irgendwie der Auffasung und Affektregung fähig ist, eine beträchtliche Gemütsbewegung mit sich, welche sicherlich bei besonders Sensiblen geradezu schädlich wirken kann.

Die Kranken werden von ihrer Familie weg oft mit Gewalt oder List in die Heilanstalten gebracht, deren Einrichtungen notgedrungen eben mit einer gewissen Einschränkung der Bewegung und des Handelns der Patienten verbunden ist, wo sie vielleicht zeitlebens verbleiben sollen. Man versetze sich einmal in die Lage eines solchen; auch wenn derselbe äußerlich wenig reagiert, so ist doch anzunehmen, daß er diese Eindrücke vielfach noch erfaßt, verarbeitet und mit dem richtigen Affekt verbindet, daß diese aber oft aus verschiedenen Gründen nicht zur Entladung kommen. So haben wir gar keinen Maßstab für den Grad seiner inneren Erregung. Besonders bei Dementia-praecox-Kranken kann man oft diese inneren Arbeiten konstatieren; während von außen Stille und Frieden herrscht, brausen innen die Stürme der Affekte. Ein solcher Mensch muß doppelt leiden. Dazu kommt dann noch bei vielen das Heimweh, das sicherlich auch öfter eine Rolle spielt, als gewöhnlich angenommen wird; denn die wenigsten Kranken äußern sich darüber, und bei akut Erkrankten ist gewiß noch ein bedeutender Teil der Affekte vorhanden. Nun kommt der arme Kranke in ganz neue Verhältnisse, man macht ihm allerlei Vorschriften, das und dieses geht gegen die Hausordnung, er darf nicht mehr hingehen wo er will, überall sieht er seinem Willen einen andern gegenüber, mit einem Wort, er kommt von der goldenen Freiheit in die Gefangenschaft. Man muß schon einen gehörigen Grad von Indolenz voraussetzen, um annehmen zu können, daß das auf ihn keinen Eindruck mache. Wir wissen ja, daß bei sonst Gesunden die Freiheitsberaubung psychotische Störungen oft schwerster Natur auszulösen vermag, wieviel stärker müssen solche Umstände auf eine ohnehin schon stark alterierte Psyche wirken. Wir wissen alle aus eigener Erfahrung, daß in



uns ein gewisser Grad von Negativismus steckt, d. h. die Neigung einen fremden Zwang durch Widerstand zu verhindern. Nun gibt es eine große Kategorie von Kranken, welche sich gerade dadurch auszeichnen, daß diese Neigung bei ihnen krankhaft gesteigert ist. Ist es nicht logisch denkbar, daß solche Menschen auf äußeren Zwang viel stärker widerstrebend reagieren als Gesunde?

Auf den verschiedenen Abteilungen finden sich die Kranken in vielen Anstalten ohne Unterschied der sozialen Stellung, des Berufs, des Bildungsgrades und der Art der Erkrankung usw. untereinander. Es kommen hier Orthodoxgläubige zusammen mit spottsüchtigen Freidenkern; Patienten mit erhaltenem hohem ethischen Empfinden sind neben völlig verwahrlosten, oft ungemein obszön sprechenden und schimpfenden Kranken. Kurz es entsteht hier ein Gemisch der verschiedensten Volksstufen und Krankheitsgrade. Diese Patienten müßten nun wirklich jeden Empfindens bar sein, um dabei kalt zu bleiben.

Wir wissen, daß die Gruppe der Schizophrenen eine große Neigung zu Egozentrismus hat, d. h. die Neigung, sich mit seinen, meist nur um einzelne Komplexe sich bewegenden Gedanken abzukapseln, also eine Welt für sich zu schaffen. Zweifellos wird auch diesem Bestreben durch die Anstaltsbehandlung Vorschub geleistet, denn die Kranken sind ja auf sich angewiesen und haben reichlich Zeit, sich mit ihren Komplexen zu beschäftigen. Das Leben stellt ja keine Anforderungen mehr an sie; man denkt für sie, sie brauchen nur noch für ihre allernötigsten Bedürfnisse zu sorgen; sie verlieren dadurch sehr bald die Initiative. Wenn man solche Menschen wieder in die Gesellschaft zurückversetzen will, so fühlen sie sich darin nicht wohl, so sehr sie auch vorher darum gebettelt haben. Sie kennen die Welt nicht mehr, sie ist ihnen fremd geworden. Überall sehen sie sich verstoßen und meistens können sie sich draußen nicht lange halten. Meine Erhebungen über das Schicksal der in Armenanstalten abgeschobenen „abgelaufenen" Fälle bestätigen diese Erwägungen vollständig. Es ist klar, daß diese Nachteile der Anstaltsbehandlung nicht für alle Patienten dieselbe Bedeutung haben, es hängt dies ab von der Art der Erkrankung, dem Grade derselben und der bisherigen Charakteranlage; was den einen kalt läßt, regt einen andern auf, und es hängt nun schließlich davon, welche Komponenten des Anstaltseinflusses die stärkeren sind, die guten oder die schädlichen, der Nutzen der Anstaltsbehandlung ab. Demnach ist es gar nicht ohne weiteres klar, daß sie allen Kranken zuträglich ist, ja es ist sogar leicht denkbar, daß bei einzelnen der Schaden den Nutzen überwiegen kann. Diese Auffassung ist keineswegs eine neue, sondern im Gegenteil schon alt, und es hat zu allen Zeiten Psychiater gegeben, welche dies anerkannten und öffentlich aussprachen. Die Literatur ist mit solchen Bemerkungen durchsetzt. Auf alle diese einzugehen halte ich nicht für nötig, möchte aber auch nicht verfehlen, die größeren und wichtigsten derselben kurz anzuführen.

Schon im Jahr 1878 äußerte Spanner[3]) in einem kleinen Aufsatz, daß wohl im allgemeinen angenommen werden dürfe, daß die Versetzung in eine Anstalt heilsam wirke, ja geradezu „eklatant", wie er es nennt. Er führt dann ferner aus, daß aber eine große Zahl sich unter dem Einfluß der Anstalt nicht verbessern, wohl aber sofort heilen, wenn sie wieder nach Hause zurückversetzt worden sind. Seine Behauptungen sind noch recht zaghaft, und man merkt wohl, daß er mit seinen Ausführungen auf Widerstand zu stoßen fürchtet.

Ich kann darin Spanner nur beipflichten, wenn er behauptet, daß die Evakuation aus den oft ungünstig wirkenden häuslichen Verhältnissen, wenigstens vorübergehend sehr günstig wirke, aber auch mit seiner Einschränkung hat er recht; es ist keine ausnahmslose Regel.

Eine andere wichtige Äußerung zu diesem Gegenstande verdient ferner Beachtung. Bleuler[4]) hat bereits im Jahre 1905 in einem Artikel auf diese Tatsachen hingewiesen und sie unumwunden eingestanden, ein Standpunkt, den er auch jetzt noch ziemlich unverändert einzunehmen scheint. Er beobachtete damals die Schädlichkeiten, welche das enge Zusammenleben von Geisteskranken auf den überfüllten Abteilungen mit sich brachte, er sah, wie sie sich gegenseitig aufregten und wie viele Fälle sich sichtlich dabei verschlimmerten.

Bleuler hatte dann auch Gelegenheit zu sehen, wie sich dies sofort änderte, als ein großer Teil der Kranken aus den vollgepfropften Abteilungen in eine andere Anstalt überführt wurde. Er sah, wie rasch eine Beruhigung eintrat und wie mehrere sehr bald der Besserung oder Heilung entgegengingen. Dadurch ermutigt suchte er ständig die Entlassungen zu vermehren und sah nur gute Erfolge. Besonders bei Dementia praecox und vor allem bei Katatonie nimmt Bleuler oft einen sehr ungünstigen Einfluß an und fordert eine möglichst frühzeitige Entlassung. Er bezeichnet die Anstalt für

[3]) Spanner, Ist allen psychisch Kranken der dauernde Aufenthaltsort (bis zur vollendeten Genesung) vorteilhaft? Arch. f. Psychiatrie 1878 Bd. VIII S. 454.

[4]) Bleuler, Frühentlassungen. Psych.-Neurolog. Wochenschrift 1905 Nr. 46 S. 441.



die Praecox-Kranken geradezu als ein Übel, das man leider in vielen Fällen aus andern Gründen nicht umgehen könne. Ziemlich ausführlich führt er hierfür Beweise und Beispiele an. Ein wichtiger Faktor ist nach seiner Meinung der, daß die Kranken so früh wie möglich zurückkehren, denn mit den späten Entlassungen habe man im allgemeinen schlechte Erfahrungen gemacht. Sie sind eben nicht mehr weltfähige Menschen, sondern eingemauerte Mönche. An vielen Anstalten wird auch ein sehr großes Gewicht gelegt auf das Institut der Familienpflege, und es gibt einige Anstalten, welche alles in Familienpflege geben, was überhaupt noch sozial ist; mit gutem Erfolg, wie sie behaupten. Diesen Fortschritt in der Irrenpflege bestreiten zu wollen, wäre ja widersinnig, aber meines Erachtens ist die Familienpflege noch lange nicht der Hausbehandlung gleichzusetzen, denn auch diesem System haften noch unvermeidbare Mängel an. Gewiß, sie hat viel voraus vor der Anstaltsbehandlung, und die Erfolge sind ja recht erfreuliche; sie gestattet es vor allem, harmlose, arbeitsfähige und arbeitswillige Patienten wieder ins häusliche Leben zu versetzen und sie doch unter Kontrolle zu haben. Eines aber kann die Familienpflege nicht ersetzen, das ist die Heimat, die eigene Familie, der Kreis von Angehörigen. Für solche, welche überhaupt niemand mehr haben, geht es wohl an, für andere weniger. Viele Patienten ertragen es zudem schwer,, unter Kontrolle zu stehen, in ihrem Handeln eingeengt zu sein und sozusagen als Menschen zweiter Klasse zu gelten. Selbst wenn sie es in einer solchen Stelle viel schöner haben als zu Hause, so gefällt sie ihnen weniger, weil sie vor allem gezwungen da sein müssen. Sehr oft macht man die Beobachtung, daß alte Anstaltspatienten viel lieber in der Anstalt verbleiben, als in Familienpflege gehen.

Es könnte nun nach diesen freimütigen Erörterungen den Anschein haben, als ob ich den Nutzen der Heilanstalt bestreiten wollte, was ja ganz widersinnig wäre und sich zudem aus dem Munde eines Anstaltsarztes eigentümlich ausnehmen würde. Es hat ja auf der Welt alles seine Licht- und Schattenseiten und so auch eine Heilanstalt. Unsere Aufgabe aber ist dahin zu wirken, daß die Lichtseiten immer zu-, die Schattenseiten immer abnehmen. Schließlich ist es auch nicht ganz überflüssig, einmal die Heilkomponenten und die Schädlichkeiten der Anstaltsbehandlung gegenüberzustellen. Ich weiß, daß ich damit nichts Neues bringe, sondern nur wiederhole, was vor mir schon viele Psychiater von Ruf unumwunden zugegeben haben, aber ich glaube, daß diese Beobachtungen in den Rahmen meiner Arbeit gehören und für die folgenden Ausführungen maßgebend sein können.

B. Wann sollen die Kranken entlassen werden?

Das ist eine weitere Frage, welche sich uns sofort aufdrängt. Nun in den Reglementen steht oft, daß die Kranken bis zu ihrer Genesung in der Anstalt zu verbleiben hätten, allerdings sind davon Ausnahmen gestattet.

Daß ja Gemein- und Selbstgefährliche sowie Verwahrlosungsverdächtige so lange in der Anstalt zu verbleiben haben, als diese Voraussetzungen zutreffen und die sie herausnehmenden Angehörigen die volle Verantwortung für die richtige Überwachung nicht übernehmen können oder wollen, ist schon durch die Haftpflicht gefordert. Solche Kranke abzuschieben ist für die Anstalt oft schwer oder unmöglich; meistens sind es Kriminelle oder Verwahrloste, welche für die Anstalten sehr unangenehme Insassen sein können. Da bleibt eben nichts anderes übrig, als sie zu behalten, denn die Gesellschaft hat unbedingt ein Recht, vor solchen Individuen gesichert zu sein. Ob aber die Heilanstalten gerade der richtige Ort zur Internierung solcher meist moralisch und ethisch defekten Menschen ist, das ist eine andere Frage, welche ich nicht anstehe energisch zu verneinen; denn sie bilden für die übrigen Kranken eine beständige moralische Gefahr: „schlechte Beispiele verderben gute Sitten“; sie wirken mit ihren krankhaften Ideen und Anschauungen suggestiv auf ihre Umgebung. Früher oder später wird man eben daran gehen müssen, überall besondere Versorgungsanstalten zu errichten, eine Art Arbeitsanstalt für kriminelle Psychopathen. In vielen Staaten hat man schon solche Anstalten, doch sind dieselben gegenwärtig noch zu wenig umfangreich, und dann fehlen meistens auch die gesetzlichen Bestimmungen zur lebenslänglichen Internierung in solchen Anstalten. Hier sollte meines Erachtens etwas geschehen.

Was die Gefahr der Selbstmorde anbetrifft, so ist dieselbe bei den einzelnen Formen ziemlich verschieden. Allgemein genommen sind es ja meist depressiv verlaufende Formen, angehörend der Melancholie, manisch-depressivem Irresein, Dementia senilis, Erschöpfungs- und Schwangerschaftspsychosen, zum Teil auch Dementia praecox, obwohl gerade hier Suizidgefahr erfahrungsgemäß keine so große ist. Die Kranken sprechen wohl oft davon, aber es fehlt ihnen meist die Initiative dazu.

Wenn während der Anstaltsbehandlung Suizidgefahr wirklich konstatiert wurde, dann sollten



solche Kranke nur dann entlassen werden, wenn man sich davon überzeugt hat, daß die Angehörigen die ihnen vielleicht nur unklare Verantwortung auch wirklich übernehmen können und nicht bloß wollen. Besonders vorsichtig soll man mit der Entlassung von Depressiven sein, wenn man ihren Krankheitsverlauf von früheren Erkrankungen her nicht ganz genau kennt. Auch die Erschöpfungs- und Schwangerschaftspsychosen mit depressivem Charakter mahnen sehr zur Vorsicht, denn sie besitzen noch die volle Kraft der Initiative. Auch die Melancholie hat keine besonders gute Prognose in dieser Hinsicht, da sie sich in vielem ja eng an das Manisch-Depressive anschließt, seltener die Spätkatatonie. Bei schwereren Formen echter Paranoia mit festem Wahnsystem muß eben von Fall zu Fall entschieden werden. Es bleibt schließlich oft mehr Sache eines auf Erfahrung beruhenden, im einzelnen Falle urteilenden Gefühls, das entscheidet, denn feste Regeln lassen sich nicht aufstellen. Meine katamnestischen Erhebungen haben gezeigt, daß bei vorzeitiger Entlassung die Gefahr des Selbstmords keine so große ist, wie man oft geneigt ist anzunehmen. Ein Fall auf ca. 200 Entlassene ist doch sicherlich so verschwindend wenig, daß man ganz gut sagen kann, der hätte auch in der Anstalt passieren können. Und wenn schließlich auch mal was passiert, so berechtigt das noch lange nicht, alle andern deswegen zurückzuhalten. In vielen Fällen bildet der Tod doch schließlich nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Angehörigen eine Erlösung, da es sich oft auch sonst nicht mehr um Vollmenschen handelt. Anders bei Manisch-Depressiven, wo wenigstens eine vorübergehende komplette Heilung erwartet werden kann; hier kann ein solcher Fall schon schwerere Folgen haben.

Was die Verwahrlosung anbetrifft, so sind daran oft die Angehörigen mehr schuld als die Kranken selbst. Wenn die Kranken völlig alleinstehend in die Welt treten sollen, wird die Frage nach der Verwahrlosung eher eine Rolle spielen. Auch hier scheint mir eine allzugroße Ängstlichkeit nicht am Platze; denn eine Probe würde darüber bald Aufschluß geben.

Bei allen den Fällen, wo diese Befürchtungen nicht bestehen, erscheint mir unter folgenden Umständen eine Entlassung nicht nur zulässig, sondern in einigen Fällen geradezu gefordert, auch wenn die Angehörigen eine solche gar nicht verlangen und auch nicht wünschen (leider kann diese Forderung unter den bestehenden Verhältnissen nicht immer erfüllt werden).

Wenn die häuslichen Verhältnisse und der Charakter der Erkrankung es gestatten, so scheint mir eine vorzeitige Entlassung angezeigt:

1. Wenn ein Kranker sichtlich unter den Anstaltsverhältnissen leidet, sich nicht wohl fühlt und dabei seine Besserung oder Genesung keine Fortschritte macht, oder er sich gar verschlimmert.
2. Wenn er an unüberwindlicher Sehnsucht leidet, welche heilungsverzögernd wirkt.
3. Wenn der Kranke arbeitsfähig ist und seine ökonomischen Verhältnisse derart sind, daß er seine volle Genesung in der Anstalt nicht abwarten kann.

Dies alles aber nur, wenn die früher angeführten Bedingungen eine Entlassung rechtfertigen. Leider gibt es eine Reihe von Erkrankungen, wie z. B. suizidgefährliche Melancholien, Paralysen usw., welche wohl selten in Betracht kommen.

Wie lange man wenigstens in der Anstalt verbleiben soll, bevor eine Entlassung im ungeheilten Zustande zulässig ist, das läßt sich auch nicht reglementieren, sondern man muß eben je nach Fall und Umständen entscheiden. Bei Patienten, welche sich gar nicht bessern oder Neigung haben schlimmer zu werden, erscheint mir ein halbes Jahr genug. Ich habe dabei immer die Praecox-Kranken im Auge, welche am meisten in Frage kommen. Zuerst sollte man versuchen, durch vielleicht etwas gewagtere Versetzungen innerhalb der Anstalt selbst einen günstigen Einfluß hervorzurufen. Gerade hier erlebt man es gar nicht selten, daß stark unruhige oder stuporöse Kranke, welche plötzlich auf eine freiere, ruhigere Absteilung verlegt werden, sofort sich zu bessern anfangen, was oft recht plötzlich eintritt. So stumpf die Kranken oft auch erscheinen, so scheint doch ihre Psyche gar nicht so träge und empfindungslos zu sein. Die Unruhe einer Abteilung, die Abneigung gegen einzelne Mitkranke, Wärter oder Ärzte können da unlösbare Hemmungen verursachen, welche wir nicht kennen und die erst wieder verschwinden, wenn sie aus dieser unmittelbaren Umgebung heraus sind. Dazu gehört natürlich eine genaue Beobachtung der Kranken, welche oft in den überfüllten Anstalten sehr schwer ist. Wenn nun auch diese Verlegungen nichts nützen, dann sollte man mutig den Schritt wagen und sie in die häuslichen Verhältnisse zurückbringen, was zwar leider nicht in allen Fällen möglich sein wird, weil Gründe anderer Art es verhindern; solche sind:

1. Wenn Patient überhaupt kein Heim mehr hat und keine Verwandte, welche ihn aufnehmen wollen. In einem solchen Falle erscheint die Versetzung in eine andere Anstalt angezeigt.



2. Wenn die häuslichen Verhältnisse ungeeignet sind zum Aufenthalt von Geisteskranken, sei es im Interesse des Kranken in erster Linie oder der Angehörigen in zweiter Linie.
3. Wenn Patient zu Hause den alten Schädlichkeiten wieder ausgesetzt wird, von denen man Grund hatte anzunehmen, daß sie als auslösendes oder gravierendes Moment bei der Erkrankung eine Rolle spielten, und wenn sich diese Schädlichkeiten nicht beheben lassen.
4. Wenn die Angehörigen die Verantwortung nicht übernehmen können oder wollen, welch letzteres allerdings nicht entscheidend sein sollte, es leider aber oft ist.

In diesem Falle wird man die Kranken eben behalten müssen. Man wird leichtere Fälle vielleicht in sog. Kolonien oder in Familienpflege unterbringen, um sie so möglichst in freie soziale Verhältnisse zu versetzen und sie, was wichtig ist, durch Arbeit und Betätigung ihrer Initiative psychisch möglichst rege zu erhalten.

Häufig genug wird man noch in die Lage kommen, auf den ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen entlassen zu müssen, wo wir es gar nicht empfehlen, ja geradezu dringend abzuraten gezwungen sind.

Es erübrigt noch zu erwähnen, daß in allen den Fällen, wo die Entlassung von seiten der Angehörigen gewünscht wird, man sich leicht durch einen „Revers" gegen allfällige unangenehme Folgen schützen kann. In den Fällen allerdings, in denen man die Entlassung von sich aus wünscht oder verfügt, fällt die Möglichkeit, die Verantwortung auf die Angehörigen zu übertragen, weg. Trotzdem glaube ich, daß man dabei nicht allzuängstlich zu sein braucht, besonders wenn man die Verhältnisse des Kranken und dessen Angehörigen genügend kennt. Ich gebe zu, daß es schwer ist solche Kranke zu entlassen, wenn man nicht weiß, in welche Verhältnisse sie zurückkehren, ob sich jemand ihrer annimmt. Für solche Fälle sollte den Direktoren dann allerdings auch das Recht eingeräumt werden, die Kranken sofort wieder in die Anstalt zurückzunehmen, wenn es sich herausstellt, daß ihre Belassung in der Familie zu riskiert ist. Dies würde aber wieder eine gewisse Kontrolle der Frühentlassenen bedingen, was leider in den meisten Fällen nicht möglich ist, es sei denn, daß man sich entschließen würde, solche Kranke im Anfang durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt überwachen zu lassen.

Der richtigste Weg scheint mir im allgemeinen der der frühzeitigen Beurlaubung, wodurch es uns möglich wird, die Kranken probeweise ungeheilt zu entlassen, ohne aber die Kontrolle über sie gänzlich zu verlieren. Auch gestattet es dieser Modus, die Patienten sofort wieder aufzunehmen, wenn es zu Hause nicht gehen sollte, weil dann die oft sehr zeitraubenden Aufnahmeformalitäten wegfallen. Auch der widerspenstige Kranke wird dann immer die Gewißheit vor sich haben, daß, wenn er sich nicht ordentlich hält und sich zusammennimmt, er eben wieder in die Anstalt kommen wird, was für viele ein Schreckmittel ist. Ob die Kranken in der Anstalt oder zu Hause heilen oder sich bessern, ist gleich, wenn nur der Erfolg da ist. Die segensreiche Wirkung einer Anstalt kann nicht an der großen Zahl der Pfleglinge gemessen werden, denn mir scheint eher die die bessere zu sein, welche am wenigsten Insassen hat, sofern dies nicht auf andern Übelständen der Anstalt beruht.

Es hängt für den Entlassenen nun sehr viel davon ab, wie sich sein ferneres Leben gestaltet, wie er bei den Angehörigen aufgehoben ist, ob das Prinzip der Fernhaltung von Schädlichkeiten auch zu Hause durchgeführt wird.

Die Heilanstalten haben unbedingt ein großes Interesse an dem weiteren Ergehen ihrer entlassenen Kranken und besonders der ungeheilt Entlassenen, denn wenn es zu Hause nicht geht, so kommen sie in der Regel wieder in die Anstalt zurück oder werden in eine andere Anstalt verbracht, desgleichen bei der Wiedererkrankung. Es gibt nun in der Psychiatrie leider ein auf diesem Wege noch wenig betretenes Gebiet, die Prophylaxe, die möglichste Verhütung von Geisteskrankheiten bei Disponierten durch Regelung der Lebensweise, Fernhaltung von Schädlichkeiten, Aufklärung und Belehrung. Der Nutzen einer solchen Tätigkeit wird allgemein zugegeben, aber der Erfolg scheitert meistens an der schwierigen Durchführbarkeit dieser Bestrebungen in der Praxis. Ich glaube, man sollte hier gerade einige Opfer nicht scheuen. Wir wissen von anderen Krankheiten, wieviel man durch eine geeignete Prophylaxe erreichen kann, und daß die dazu verwendeten Mittel an anderer Stelle wieder erspart werden, oder wenigstens in anderer Weise wieder Früchte tragen. So schwer auch in der Psychiatrie eine Prophylaxe zu sein scheint, so glaube ich doch, daß sich durch geeignete Einrichtungen Ersprießliches erreichen ließe.

Meiner Ansicht nach könnte dies allerdings unter einigen finanziellen Opfern dadurch erreicht werden, daß man allen Anstalten einen poliklinischen Arzt angliedert, der sich mit den „Ungeheilt Entlassenen" zu befassen hätte, ein reiches, wenn auch



schwieriges Arbeitsfeld. Doch das ist eine Frage für sich.

Ich habe nun an den rein statistischen Kern meiner Arbeit eine Reihe von Gedanken angeschlossen, welche sich mir bei der Bearbeitung unwillkürlich aufdrängten. Ich weiß, daß für viele Anstalten manche meiner Ausführungen nicht zutreffen, da dieselben ganz allgemeinen Charakter haben. Ich weiß auch, daß ich mich mit meiner Auffassung der Dinge hier und da in Gegensatz stelle zu einzelnen Kollegen, doch konnte mich das nicht bestimmen meine Meinung nicht zu vertreten, denn ich glaube, daß auch auf diesem Gebiet die Freiheit der persönlichen Überzeugung Geltung habe. Eine sachliche Kritik meiner Anschauung ist mir im Interesse der Sache geradezu erwünscht, weshalb ich es begrüßen würde, wenn eine öffentliche oder private Diskussion sich darüber anbahnte. Es würde mir das vor allem beweisen, daß man der Idee als solcher Interesse entgegenbringt.

Bevor ich schließe, sei mir gestattet, Herrn Direktor Medizinalrat Dr. Groß für seine Anregung zu den katamnestischen Erhebungen und die mir hierbei gewährten Unterstützungen an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen, desgleichen allen Kollegen, Beamten und sonstigen Personen, welche mir dabei irgendwie behilflich waren.

Um allen Mißverständnissen vom Anfang an entgegenzutreten, muß ich nochmals betonen, daß die kritischen Betrachtungen meiner Arbeit meine private Überzeugung sind.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger,**
Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

§§ 1333, 1334.

Kenntnis von dem Anfechtungsgrund besteht nicht schon dann, wenn der Anfechtungsberechtigte von dem die Anfechtung begründenden Umstand Kenntnis erlangt hat; es muß vielmehr die Kenntnis hinzukommen, daß jener Umstand geeignet ist, die Anfechtung zu begründen. (RG. IV, 2. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 853.

§ 1334.

Die Täuschung kann auch durch hinterhältige Antworten auf Fragen der Eltern bewiesen werden.

Zweifelhaft erscheint die Annahme, daß der Beklagte die Klägerin vor der Verlobung in genügender Weise über seinen Zustand aufgeklärt habe. Das OLG. führt aus, wenn der Beklagte die Klägerin in der von ihm angegebenen, als richtig unterstellten Weise aufgeklärt habe („körperliche Gefühle seien ihm anderen Frauen, nicht aber der Klägerin gegenüber fremd gewesen"), so habe das für jeden, in derartigen Fragen nicht ganz unerfahrenen Menschen genügt, um ihm über den Zustand des Beklagten in geschlechtlicher Beziehung ein klares Bild zu geben. Deutlicher habe sich der Beklagte einer Dame gegenüber, mit der er sich habe verloben wollen, nicht wohl ausdrücken können; daß die Klägerin ihn nicht verstanden habe, habe nicht seiner Erwartung und Absicht entsprochen. Zutreffend weist hier die Revision darauf hin, daß, wenn es dem Beklagten ernstlich darum zu tun gewesen wäre, die Klägerin nicht im Unklaren zu lassen, die Frage ihrer Mutter, ob er gesund sei, ihm dazu einen willkommenen Anlaß hätte geben müssen. (RG. IV, 21. November 1912.) D. R. Entsch. Nr. 360.

§ 1334.

Beweispflichtig für die Täuschung ist der anfechtende Gatte; doch sind die Beweisanforderungen nicht zu überspannen. (RG. IV, 21. November 1912.) D. R. Entsch. Nr. 358.

§ 1353.

Bei Erörterung der Frage, ob das Eheherstellungsverfahren der Klägerin als Mißbrauch ihres Rechtes im Sinne des § 1353 Abs. 2 BGB. anzusehen sei, stellt das Berufungsgericht nicht nur den geistigen Zustand der Klägerin fest, sondern beschäftigt sich auch mit dem Einflusse dieses Zustandes auf den Beklagten und die gesamten ehelichen Verhältnisse. Schon in dem die Scheidung betreffenden Vorprozesse der Parteien war der geistige Zustand der Klägerin als krankhaft angenommen worden. Sie war von einer krankhaften schiefen Auffassung der Dinge in bezug auf ihre Ehe und ihr Familienleben beherrscht, und zwar dergestalt, daß sich ein unverkennbarer Beeinträchtigungswahn, Neigung zu Erinnerungsfälschungen und erhöhte Reizbarkeit herausgebildet hatten. Hand in Hand hiermit ging gesteigertes Selbstbewußtsein der Klägerin, das sie dazu verleitete, sich selbst, insbesondere ihre Opferfähigkeit bei Erziehung der Kinder zu überschätzen



und alle Schuld an der Ehezerrüttung lediglich dem Beklagten zuzuschieben. Das BG. stellt auf Grund des Gutachtens des Gerichtsarztes Dr. O. fest, daß sich der geistige Zustand der Klägerin gegen früher in keiner Weise geändert hat. Es trägt auch kein Bedenken, sich der Auffassung dieses Sachverständigen darin anzuschließen, daß bei einem Zusammenleben der Parteien die körperliche und geistige Gesundheit des Beklagten durch die Eigenart der geistigen Verfassung der Klägerin gefährdet werde. Es sei nur wahrscheinlich, daß darunter die Fähigkeit des Beklagten, seine Pflichten im Berufe und gegenüber seinen Kunden in gehöriger Weise zu erfüllen, leiden würde. In erheblichem Maße würde namentlich das Verhältnis zwischen Vater und Kindern gestört werden. Hierbei legt das BG. besonderes Gewicht darauf, daß die Wahnvorstellungen der Klägerin gerade auf dem ehelichen Gebiete in die Erscheinung treten und so eine immerwährend fließende Quelle der ernstesten Zwistigkeiten und Störungen zwischen den Parteien im Falle ihres Zusammenlebens bilden würden. Die beim Beklagten durch Dr. L. festgestellte Verkalkung der Gehirnarterien sei — so wird vom BG. weiter ausgeführt — auf den jahrelangen Ärger und Kummer, die fortwährenden tiefen seelischen Erregungen und Kränkungen, die ihm von seiten der Klägerin zuteil geworden seien, zurückzuführen. In ursächlichem Zusammenhange hiermit ständen die von Dr. L. in der letzten Zeit beim Beklagten beobachteten krankhaften Erscheinungen, als erhöhte Reizbarkeit, zeitweilig auftretende seelische Gedrücktheit, Blutandrang nach dem Kopf in Verbindung mit leichten Schwindelanfällen, häufige Schlaflosigkeit und mitunter aussetzende Pulstätigkeit. Mit Rücksicht auf das vorgeschrittene Alter des Beklagten (er ist 1856 geboren) seien für seine Gesundheit die schlimmsten Folgen aus dem Zusammenleben mit der Klägerin zu befürchten. So gelangt das BG. zur Bejahung der Frage, ob in dem Herstellungsverlangen der Klägerin ein Rechtsmißbrauch zu finden sei. Es verhehlt sich dabei nicht, daß auch der Beklagte nicht ganz frei von Schuld sei und durch sein Verhalten den krankhaften Zustand der Klägerin noch etwas verschlimmert habe. Diese Erwägung sei aber nicht geeignet, die Beurteilung in ihren Ergebnissen zu ändern. Die Revision bekämpft die Ausführungen des BG. als rechtsirrig. Ein Rechtsirrtum läßt sich jedoch dem BG. nicht nachweisen. Das BG. ist vielmehr bei seinen Erörterungen von zutreffenden rechtlichen Gesichtspunkten ausgegangen. Gewiß ist, daß an sich die krankhafte Veranlagung eines Ehegatten kein Grund für den anderen Ehegatten sein kann, die eheliche Gemeinschaft zu verweigern. Eine unverschuldete Krankheit des einen Ehegatten entbindet den anderen Ehegatten nicht von seiner Verpflichtung, das Zusammenleben zu ertragen, wenn es mit Geduld und Nachsicht und ohne Gefährdung der Zwecke der Ehe möglich ist. Im vorliegenden Fall aber ist die Möglichkeit eines für die Zwecke der Ehe ersprießlichen Zusammenlebens der Parteien vom BG. gerade verneint worden. Es ist rechtseinwandfrei festgestellt worden, daß bei der Eigenart der Krankheit der Klägerin das Zusammenleben der Parteien dahin führen würde, die Gesundheit des Ehemannes, seine Fähigkeit zur Erfüllung von Berufspflichten und familienrechtlichen Aufgaben zu untergraben und möglicherweise das ganze Familienleben zugrunde zu richten. Unter diesen Umständen kann dem andern Ehegatten nicht zugemutet werden, die häusliche Gemeinschaft mit dem erkrankten Ehegatten wieder aufzunehmen. (E. c. E., U. v. 9. Jan. 1913, 366/12 IV. Dresden.) J. W. Nr. 7 S. 378.

§ 1568.

Ehrverletzende Äußerungen und Briefe der Frau können durch deren Aufregung zufolge körperlichen Leidens und unsittlichen Lebenswandels des Ehemanns entschuldigt werden. (RG. IV, 7. Oktober 1912.) D. R. Entsch. Nr. 61.

§ 1568.

Äußerungen und Handlungen der Frau, die unter normalen Verhältnissen zur Anwendung dieses Paragraphen führen würden, sind keine schweren Eheverfehlungen, wenn die Frau durch den fortgesetzten ehewidrigen Verkehr ihres Mannes mit anderen Frauen aufs äußerste gereizt und verbittert war. (RG. IV, 10. Otober 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1608.

§ 1568.

Ein Ehescheidungsgrund gegen den Ehemann wegen hartnäckiger Beischlafsverweigerung liegt nur dann vor, wenn als Ursache rücksichtslose Eigensucht bewiesen wird. (RG. IV, 24. Oktober 1912.) D. R. Entsch. Nr. 62.

§ 1568.

Eifersuchtsausbrüche der Ehefrau sind nicht als schwere Eheverfehlungen anzusehen, wenn der Ehemann es unterläßt, Aufklärung für verdächtige Tatsachen zu geben.

In dem Urteil ist ausgeführt. die Eifersuchtsausbrüche der Beklagten seien im Hinblick darauf entschuldbar, daß sie an der Wäsche des Klägers häufig Samenflecke bemerkt habe, die bei ihr den Verdacht der ehelichen Untreue des Klägers hätten

erwecken können; darin, daß sie von ihrer Entdeckung dem Kläger keine Mitteilung gemacht habe, sei eine schwere Pflichtverletzung nicht zu finden, vielmehr wäre es Sache des Klägers gewesen, von seinem angeblich krankhaften Zustande („nervöse Pollutionen") der Beklagten Kenntnis zu geben. Diese Begründung ist rechtlich einwandfrei. (RG. IV, 9. Dezember 1912.) D. R. Entsch. Nr. 206.

§ 1568.

In der Erregung über unglückliches Eheleben gefallene lieblose und herabsetzende Äußerungen der Ehefrau über den Mann können entschuldbar sein. (RG. IV, 19. Dezember 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 688.

(Fortsezung folgt.)

Julius Lochner †.

Am 30. März 1914 starb an einem Herzschlag im 80. Lebensjahre Herr Hofrat Dr. med. Julius Lochner, Direktor der Heilanstalt Thonberg.

Bis zum Abend des letzten Lebenstages stand der Verstorbene, der Krankheit trotzend, freudig und unermüdlich im Dienste seiner Kranken, die ihn wie einen guten Vater verehrten. Ihrem Wohle hat er fast sein ganzes Leben an der Heilanstalt Thonberg gewidmet.

Geboren 1835 in Leipzig, besuchte der Verstorbene die Thomasschule und studierte an der Universität seiner Heimatstadt. Im Jahre 1863 trat er als Assistent in die Anstalt ein, die damals ein Privatunternehmen des Geheimrats Güntz war. Nach dessen Tode arbeitete Dr. Lochner noch bis 1882 unter Hofrat Güntz, dem Neffen des eben Erwähnten, an der Anstalt. Dann praktizierte er sechs Jahre lang in Nossen, bis er im Jahre 1888, als die Anstalt in den Besitz der Stadt Leipzig überging, als deren Direktor berufen wurde. Als solcher konnte er im Oktober 1913 sein 25 jähriges Dienstjubiläum feiern.

Referate.

— Groß, Direktor Dr. A., Rufach: Allgemeine Therapie der Psychosen. (Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.) Leipzig 1912, Verlag Franz Deuticke.

Verfasser bespricht zunächst die Prophylaxe (Hygiene des Kindesalters, der Schule, Heiratsattest etc.), dann geht er zur Unterbringung der Geisteskranken über, während das nächste Kapitel der Irrenanstalt selbst gewidmet ist. Klinik, Stadtasyl, Privatanstalt, Pflegeanstalt werden erwähnt, die Größe der Anstalten, (800—1000), Stellung der Ärzte untereinander (kein Oberarztsystem), Ausbildung des Pflegepersonals finden eingehende Würdigung. (Allerdings möchte Ref. bezweifeln, ob es empfehlenswert ist, erst auf 200 Kranke 1 Arzt zu nehmen und die patholog.-anatom. Untersuchung allein den Kliniken als Domäne zu überlassen.)

Dann gliedert sich die Psychotherapie an, wobei mit Recht auf den eminenten Vorteil weitgehendster Beschäftigung Wert gelegt und nur einer Psychoanalyse im alten Sinne das Wort geredet wird.

Physikalisch-diätetische und medikamentöse Behandlungsmethoden folgen sodann, während die Besprechung der Fürsorge außerhalb der Anstalt den Abschluß des ausführlich, klar und präzise geschriebenen Werkes bildet.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Murri, Prof. Augusto: Über die traumatischen Neurosen. Vortrag, gehalten in der Associazione Sanitaria Milanese 1912. Jena 1913, Verlag von G. Fischer. 64 S. 2,— M.

Murri spricht sich dafür aus, wohl den Ausdruck „traumatische Neurose", nicht aber den Begriff derselben anzunehmen. Nach ihm ist die traumatische Neurose eine „polymorphe Einheit", (!) ein Mittelding zwischen Hysterie und Neurasthenie, bei der weniger der Unfall als solcher, sondern die vorher bestehende persönliche Veranlagung den Hauptausschlag gibt und Begehrlichkeitsvorstellungen hinsichtlich der Rente oft verschlimmernd und die Heilung verzögernd wirken. Albrecht-Treptow.

— Fuchs, W.: Wie schützen wir uns vor Irrsinn und Irren? München 1913, Gmelin. 27 S.

Auf Einladung der Ortskrankenkasse Konstanz gehaltener Vortrag, welcher besonders das badische Irrenwesen vorführt und auch eine kurze Beschreibung der neuen Anstalt bei Konstanz gibt. Mercklin.



Therapeutisches.

— **Argulan,** ein neues Quecksilberpräparat. In dem Bestreben, Anhaltspunkte für die Darstellung neuer Quecksilberpräparate zu gewinnen, welche neben stark spirochätentötender Wirkung eine möglichst geringe Giftigkeit für den syphilitisch infizierten Körper besitzen, haben sich Professor Dr. W. Kolle, Privatdozent Dr. M. Rothermundt und Stabsarzt Dr. S. Peschié,[1]) sämtlich in Bern, seit mehreren Jahren systematisch mit der Untersuchung solcher chemischen Verbindungen beschäftigt. Die exakten Unterlagen hierzu bildeten Tierversuche; es wurde der Heilwert der verschiedensten zur Zeit gebräuchlichen Quecksilberpräparate, rund 20, an spirochäteninfizierten Hühnern geprüft, und zwar in großen Versuchsreihen, da bei den Hühnern wie bei den meisten Tieren — und auch den Menschen— die Empfänglichkeit für die Wirkung der Präparate sowie die Fähigkeit, eine Heilung herbeiführende natürliche Schutzstoffe im Körper zu erzeugen, individuell verschieden ist, was auch für die Arsenpräparate zutrifft. Die Infektion der Hühner wurde möglichst gleichmäßig gestaltet und mikroskopisch kontrolliert; letzteres geschah auch im weiteren Verlauf der Krankheit. Bei der Auswertung der Präparate zeigte sich die unerwartete Tatsache, daß zwischen den löslichen und unlöslichen, zwischen den eiweißfällenden und nicht eiweißfällenden Quecksilberpräparaten bezüglich der Heilwirkung bei der Spirillose der Hühner kein wesentlicher Unterschied besteht. Auch ergab sich, daß die Wirkung einiger Präparate auf Hühnerspirochäten nicht mit dem Quecksilbergehalt im Sinne der Jonisierung parallel ging, und daß alle Quecksilberpräparate mit auffälligen, nicht dem Quecksilbergehalt entsprechenden Heilwirkungen organische Quecksilberverbindungen waren und zwar solche der aromatischen Reihe. Nach diesen Gesichtspunkten unter Mitarbeit des Chemikers E. Scheitlin in der chemischen Fabrik von L. Givaudan in Vernier bei Genf in umfangreichen systematischen Versuchen weiterschreitend, gelangten die genannten Forscher zu der Auffassung, daß die Entgiftung der Quecksilberpräparate durch die von E. Scheitlin hergestellten Sulfaminoverbindungen sich bezüglich der Heilwirkung am besten bewährt. Die Untersuchungen über das Verhältnis der Heildosis zur tödlichen Dosis im Tierexperiment führten schließlich zu einer von E. Scheitlin zuerst hergestellten Verbindung, dem Sulfamino-dimethyl-phenyl-parazolon-Quecksilber, welches sich als ein **auf Spirochäten stark wirksames, zugleich aber außerordentlich wenig giftiges Präparat** erwies. Es wird nunmehr von dem Sächsischem Serumwerk, Dresden unter dem Namen Argulan in den Handel gebracht. Die in dieser Verbindung stattfindende Verankerung des Quecksilbers hält bezüglich der Wirkung die Mitte zwischen den nicht ionisierbaren und den außerordentlich leicht zerfallenden Verbindungen. „Von allen von uns geprüften Präparaten, unter welchen sich auch solche befanden, die sich in der Syphilistherapie als am wirksamsten erwiesen haben, müssen wir entschieden der Sulfamino-dinethyl-phenyl-pyrazoloquecksilberverbindung den Vorzug geben". Das Verhältnis der Heildosis zur tödlichen Dosis ist bei diesem Präparat noch günstiger als bei dem Salizylquecksilber, bei dem es 1:24 beträgt.

In einer zweiten Studie kommt J. Abelin[2]) auf Grund von Untersuchungen aus demselben Institut zu folgendem Resultat:

1. Die Giftwirkung der Hg-Verbindung steht in einem gewissen Zusammenhange mit ihrem chemischen Aufbau.

2. Durch Einführung gewisser Gruppen (Sulfogruppen, Sulfaminogruppen usw.) oder durch Doppelkohlenstoffverbindung des Hg kann die Giftigkeit der Hg-Verbindungen herabgesetzt werden.

3. Am giftigsten zeigen sich diejenigen Hg-Verbindungen, aus denen das Hg leicht in den Jonenzustand übergeführt werden kann (Sublimat, Kalomel, Hg. succinimidatum).

4. Die aromatischen metallorganischen Hg-Verbindungen, aus denen das Hg nicht leicht in den Jonenzustand übergeht, sind ungiftiger als die anderen leicht ionisierbaren Hg-Verbindungen.

5. Nach Injektion der verschiedenen Hg-Verbindungen findet man konstant Hg in der Leber; auch die Ödeme erweisen sich meist als Hg-haltig.

6. Die toxikologischen und pharmokologischen Untersuchungen geben Resultate, die im Einklang mit den therapeutischen Ergebnissen (vergl. Teil I) stehen und sprechen für die Überlegenheit der aromatischen Hg-Verbindungen.

Literaturverzeichnis.

1. Kolle, W., Prof. Dr. Rothermundt, M., Privatdozent Dr., Peschié, S., Stabsarzt Dr., Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. I. Chemotherapeutische Wirkungen der Hg-Verbindungen und im besonderen eines neuen, stark auf Spirochäten wirkenden organischen Hg-Präparats von sehr geringer Giftigkeit. (Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten [Direktor: Prof. W. Kolle] und dem Medizinisch-chemischen und Pharmakologischen Institut der Universität in Bern [Direktor: Prof. E. Bürgi]. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912 Nr. 34.)
2. Abelin, J., Zur Toxikologie und Pharmakologie einiger Quecksilberverbindungen. (Der II. Teil der ad 1 zitierten Studie). Ebenda Nr. 39.

Anstaltstechnisches.

Der **Hygiene und Sparsamkeit in Vorratsmagazin und Küche** dienen eine Reihe von Einrichtungsgegenständen, deren Herstellung die Fabrik Aug. Kind, Weidenau a. d. Sieg, (Westfalen) zur Spezialindustrie macht. Besonders hervorgehoben zu werden verdienen die eisernen Vorratsbehälter, welche das Milbig- oder Stickigwerden von Mehl, Griesmehl, Hafergrütze, Graupen, Paniermehl, Pflaumen, Zwetschen, Dörrobst, Bandnudeln usw. verhindern, woneben die Waren gleichwohl



kühl bleiben. Bei jedesmaliger Entnahme kommt der ganze Inhalt des Behälters in rollende Bewegung und durch die Luftzirkulation dringt stets frische Luft ein. Erwähnenswert sind ferner die innen mit starkem Glas ausgelegten Salzstandfässer, die Behälter für Essig, Öl, Essenzen usw. die Reibemaschinen, Kaffee- und Pfeffer-Mühlen, Aufschnitt-Schneidemaschinen, Käsehobel, Brotschneidemaschinen, Eismaschinen und -schränke. Die Vorratsbehälter sind in zahlreichen großen Krankenhäusern und Irrenanstalten eingeführt und funktionieren zur größten Zufriedenheit.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Dr. Hermann Josephy, geboren am 24. März 1884 zu Schwaan in Mecklenburg, ist am 2. Mai 1914 als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt vom **Verlag von Ernst Reinhardt** in **München** betr. „Zeitschrift für Individualpsychologie" bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 8. 23. Mai **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens seit 100 Jahren.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dr. **Georg Eisath,** Hall (Tirol).

Um sich einen Begriff zu machen, in welcher Weise die therapeutischen Methoden zur Behandlung der Geisteskranken im Laufe der Zeit Um- [illegible] ist es jedenfalls sehr gut und vorteilhaft, sich Klarheit zu verschaffen, in welcher Weise von unseren Vorgängern die Therapie vor langen Jahren gehandhabt wurde. Ein hierzu sehr passendes Werk ist das „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens" von Dr. J. C. A. Heinroth. Das dreibändige Buch wurde im Jahre 1818 bei Fr. Chr. Wilh. Vogel in Leipzig gedruckt und umfaßt etwas mehr als 800 Seiten. Darunter nimmt die Hevristik nicht weniger als 244 Seiten ein, das ist also weit mehr als ein Viertel des ganzen Buches. Daraus ist zu ersehen, welche Bedeutung und welche Wichtigkeit man schon vor etwa hundert Jahren dem irrenärztlichen Heilverfahren beimaß.

Unter Hevristik versteht Heinroth nichts anderes als die allgemeine Therapie. Um über die Anschauungen, welche damals unter den Fachmännern hinsichtlich der Therapie von Geisteskrankheiten herrschten, einen Begriff zu bekommen, seien hier ein paar Absätze allgemeiner Natur vorausgeschickt. Heinroth lehnt die von Reil vorgeschlagene Kurmethode auf psychischem Wege ab. Er meint: „Man versuche es doch, auf den Verstand eines Wahnsinnigen, eines Melancholischen, eines Verrückten, eines Tollen, eines Blödsinnigen durch Worte der Vermahnung, des Trostes, der Zurechtweisung, der Überzeugung, der Ermunterung usw. einzuwirken, und man wird sehen, wie weit man kommt." Einer derartigen moralischen Behandlung wird jedweder Erfolg abgesprochen. Hingegen vertritt Heinroth folgenden Grundsatz: „Dem psychisch kranken Individuum die größtmögliche Freiheit zu lassen, ist höchstens da zu billigen, wo man alle Hoffnung zu ihrer Wiederherstellung aufgegeben hat und ihnen deshalb ihren geringen Lebensgenuß nicht verkümmern will. Wo aber noch auf Heilung gerechnet wird, da ist es unpassend, die Kranken sich selbst und ihrem eigenen widersinnigen Treiben zu überlassen. Beschränkung ist es, welche hier not tut und nichts weniger als Grausamkeit oder Inhumanität ist, sondern eine notwendige Maßregel zur Zurückbildung solcher Individuen zur Norm der Vernunft. Beschränkung ist es auch, durch welche der aus Form und Ordnung getretene Mensch zu derselben, der Geist zur Vernunft zurückgeführt wird."

Aus diesen paar Sätzen ist zu entnehmen, daß die Irrenärzte vor hundert Jahren noch ganz andere Ansichten vertraten, als das heute der Fall ist.

Nun stellt Heinroth in seinem Buche die verschiedenen Zwecke, welche die Therapie zu verfolgen hat, in folgender Weise zusammen:

Die Hevristik hat verschiedene Geschäfte zu besorgen. Das erste Geschäft ist, auszumitteln, wie weit überhaupt der bestimmte krankhafte Zustand fremder Beihilfe bedarf. Falls ein Eingriff nicht nötig ist, kann man ruhig zusehen. Wenn aber ein Eingreifen nötig ist, besteht das zweite Geschäft der Hevristik darin, sich nach Mitteln umzusehen, wie man der Exaltation oder Depression oder dem



wechselnden Beisammensein beider begegnen kann. Es kann das Gemüt oder der Geist oder der Wille gestört sein, und die Auffindung spezifischer Methoden, welche sich zur Beseitigung der besagten Störungen beziehen, wäre der Hevristik drittes Geschäft. Manchmal fehlt es auch nicht an deutlichen Spuren krankhafter somatisch organischer Stimmungen, welche als Korrelaten der psychischen Krankheit, gleichsam als äußere Seiten derselben und als äußere Wechselglieder des krankhaften Gesamtzustandes anzusehen sind. Durch bestimmte Behandlung diese somatischen Störungen zu beseitigen, wäre der Hevristik viertes Geschäft. Ferner ist auf Geschlecht, Alter, Konstitution, Temperament und individuelle Anlage des Kranken Rücksicht zu nehmen. Hierin besteht das fünfte Geschäft der Hevristik. Endlich gibt es verschiedene psychische Krankheitszustände, gegen deren Wesen und Bestehen die ärztliche Kunst, wenigstens auf der Stufe, bis zu welcher sie sich dermalen erhoben hat, nichts vermag. Und so bleibt der Hevristik noch ein sechstes Geschäft, nämlich die möglichste Regulierung dieser Zustände nach einer gewissen Gesetzlichkeit zur Erleichterung des Schicksals der Kranken und der Beschwerden derer, denen sie anvertraut sind.

Wie wir aus dieser Zusammenstellung der sechs hevristischen Geschäfte ersehen können, hatten die damaligen Ärzte die besten Absichten, den Geisteskranken Hilfe und Linderung zu verschaffen. Und wir alle, die wir beinahe hundert Jahre später hier versammelt sind, können uns keine anderen therapeutischen Ziele stecken als es unsere Altvorderen taten, und wir können mit diesen allgemeinen Grundzügen der Therapie voll und ganz einverstanden sein.

Etwas ganz anderes ist es freilich, wenn man ins Auge faßt, in welcher Weise vor hundert Jahren die hevristischen Geschäfte durchgeführt wurden. Da begegnen wir allerdings schrecklichen Irrtümern, welche es erklärlich machen, daß wir trotz der besten Absichten der Ärzte in den Irrenanstalten durchwegs entsetzliche Zustände treffen, die unser Bedauern und unser Mitleid wachrufen.

In bezug auf das erste Geschäft der Hevristik stehen wir heute ganz auf demselben Standpunkt, den unsere Kollegen vor hundert Jahren einnahmen: Soweit die Natur heilsam tätig ist, muß der Arzt ruhen und dieselbe ungestört wirken lassen.

Das zweite Geschäft der Hevristik beruht darin, daß man beim Versagen der natürlichen Selbstheilung die Exaltation und die Depression sowie den Wechsel dieser beiden Zustände unter allen Umständen und zu jeder Zeit zu beeinflussen hat. „Denn alle diese Zustände gehen auf Vernichtung des kranken Individuum aus, daher muß jeden Tag und jede Stunde dafür gesorgt werden, daß die übermäßige Aufregung (Exaltation) den Kranken nicht aufreibe, die übermäßige Depression nicht die Kraft des Lebens für immer lähme und der dauernde Wechsel von Anspannung und Abspannung krankhafter Art nicht denselben Erfolg bringe. Alle diese Zustände sind kein Zeichen und kein Beweis der hilfreich tätigen Natur, sondern bloß der leidend ergriffenen, welche zu Selbsthilfe unvermögend von außen her der Beschränkung der Krankheitsgewalt bedarf."

Um dem zweiten Geschäft der Hevristik nachzukommen, werden von Heinroth ein Unzahl von Mitteln angeführt. An erster Stelle finden die Nervina Erwähnung, welche dazu dienen, die Nervenreizbarkeit herabzusetzen. Es werden aufgezählt: Kampher, Moschus, Stinkasant, Bibergeil, Valeriana, Belladonna, Strammonium, Hyoscyamus und Opium.

Um die Energie des Nervenwesens zu stärken, finden Erwähnung Chinarinde, Digitalis, Aqua Laurocerasi usw.

Nebst diesen medikamentösen Arzneien, welche je nach Bedarf [illegible] riefen, wurde zur Behandlung der Exaltation, der Depression und deren Mischzustände auch von sogenannten chirurgischen Mitteln Gebrauch gemacht. Es waren das mechanische Apparate, um die Kranken nach Maßgabe der Umstände entweder festzuhalten oder in Bewegung zu setzen. Heinroth und seine Zeit dachte sich die Wirkung dieser mechanischen Beschränkungen „ohngefähr so, wie man gebrochene Gliedmaßen durch mechanische Vorrichtungen in der richtigen Lage erhält oder verrenkte durch mechanische Gegenbewegungen einrichtet."

Zu diesen chirurgischen Behandlungswerkzeugen gehören:

1. Die enge Weste, das ist nach unseren Begriffen die Zwangsjacke, welche von Heinroth eine der besten Erfindungen genannt wird, um den Kranken „zwar nicht zu bändigen, aber doch zu beschränken, ohne ihn auf irgendeine Weise zu verletzen."

2. „Der Sack, ein gewöhnlicher Sack von gewöhnlichem Zeuge, von der Länge und dem Umfang des dafür bestimmten Individuums, an seiner Öffnung mit Bändern versehen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß hier Erstickungsgefahr obwaltet und die



Kranken darin bis zu Konvulsionen gemartert werden können."

3. „Der Zwangsriemen. Ein breiter wohlgefütterter Gurt von starkem Leder um den Leib, mit Ohren an den Seiten, durch welche Bänder gezogen werden können, um die Kranken am Bett oder sonst zu befestigen. Gleichfalls sind an beiden Seiten offene, weich gefütterte, breite Riemen mit Schnallen, um die Hände zu befestigen. Auf ähnliche Art werden die Füße in einen Doppelgurt geschnallt."

4. „Der Zwangsstuhl. Ein bequemer, gut auf Rücken, Seiten und Sitz gepolsterter, mit Leder überzogener Lehnstuhl. Im Sitze eine Öffnung für das Gesäß des Kranken. Aus dem Rücken geht ein Hals-, ein Brust- und ein Leibriemen hervor, aus den Seiten Arm- und Handriemen; nach vorn und unten: Schenkel- und Fußriemen. Die Füße des Kranken können auch noch am Fußgestell angeschnallt werden." Heinroth nennt sich einen Freund des Zwangsstuhles. Er habe durch denselben am dunklen, einsamen Ort schon manches sonst nicht zu bändigende Individuum milde und nachgiebig werden, ja wieder zur Besinnung kommen sehen.

5. Ein anderes Instrument, welches zur Behandlung von Exaltation und Depression diente, war die Coxische Schaukel oder Schwingmaschine. Die Erfindung dieses Werkzeuges wird dem Erasmus Darwin, dem Großvater des Begründers der Abstammungslehre Charles Darwin, zugeschrieben. Die Schwingmaschine wird von Erasmus Darwin selbst folgendermaßen geschildert: „Zwischen Decke und Fußboden befindet sich ein durch eiserne Zapfen eingekurbelter Baum, der ungehindert der schnellsten Drehung fähig ist, mit einem horizontalen Arm, durch dessen Drehung die Maschine in Bewegung gesetzt wird und an dem sich ein kleines Bett bequem aufhängen läßt, oder auch ein an solchen Baum befestigter Sessel, auf welchem der Kranke angeschnallt und nun durch einen um den Baum gewickelten Strick nach der Art der Baumkräusel in Bewegung gesetzt wird."

6. Gebrauchte man zur Besorgung der Hevristik zweiten Geschäftes die Autenriethsche Maske. Autenrieth lebte von 1772 bis 1835, war zu Stuttgart geboren und war Professor und einmal sogar Kanzler der Universität Tübingen. Seine Erfindung war eine maskenähnliche Vorrichtung, durch welche „dem tobenden Kranken das Schreien und Brüllen einigermaßen erschwert wurde."

7. Den gleichen Zweck sollte die Birne erfüllen: „Ein hartes Holz in Gestalt und Größe einer mittleren Birne gedrechselt, mit einem Querstiel, woran Bänder, die man nach dem Nacken des Kranken führen kann."

8. stand das sogenannte Gehäuse in Verwendung, „dem Gehäuse einer großen Uhr ähnlich, wie sie noch in den Vorsälen oder in den Zimmern alter Familien stehen. Es hat Manneshöhe und an der Stelle des Uhrwerkes einen leeren Raum, welchen der Kopf des hineingestellten Kranken ausfüllt, dessen Gesicht nun wie ein Zifferblatt herausschaut, was natürlich einen lächerlichen Anblick gibt, welcher dann auch der Zweck der Vorrichtung ist."

9. Das Autenriethsche Zimmer hätte nach Heinroth mehr Recht, der große Käfig genannt zu werden, „weil es nach Art eines solchen gedacht ist. Es hat den Zweck, tobenden Kranken die Möglichkeit der Flucht und eigener und fremder Verletzung zu benehmen, indem ihnen doch hinlänglich freie Bewegung an einem gesunden Aufenthalt bleibt."

10. Als letztes mechanisches Beschränkungsmittel wurde das Einschnüren geübt. „Die Kranken werden in ihr Bett gelegt und über der Decke werden Schnürleinen gezogen, gerade so wie man die Wiegen der Kinder überschnürt." Dieses Mittel diente als Beschränkung und Strafe zugleich, indem es den Kranken höchst lästig ist, wie Kinder behandelt zu werden.

Von allen diesen Marterwerkzeugen wurde damals der ausgiebigste Gebrauch gemacht. Dabei verfolgte man nicht nur die Absicht, den Kranken in obigem Sinne zu behandeln, sondern zugleich auch ihn nötigenfalls zu strafen.

Bisher wurden als Mittel zur Bekämpfung von Exaltation und Depression angeführt: 1. beruhigende, 2. reizende Arzneien und 3. die aufgezählten sogenannten chirurgischen Beschränkungsmittel. Eine vierte Art, um der Hevristik zweites Geschäft durchzuführen, bestand in der Anwendung von Hunger und Durst. Man hielt die Hungerkur für ein vorzügliches Mittel, „um ein Gemüt, das sich in selbstgeschaffenen Welten verirrt hat, wieder auf die Erde herabzuziehen." Noch mehr erwartete man vom Durst. Man hielt „den Durst, wenn auch nicht als ausdrückliches Heilmittel, doch als nützliches Vorbereitungsmittel für manche Fälle, für andere wieder als Strafmittel und stellt ihn in letzter Hinsicht dem Festbinden und den Schlägen an die Seite.

Dem Schlaf wurde zur Behandlung von Exaltations- und Depressionszuständen besondere Bedeutung zuerkannt. Derselbe galt als das mildeste Beschränkungsmittel. Aber es mußte genau er-



wogen werden, ob derselbe für den Kranken wohl vorteilhaft und nützlich ist oder von Nachteil sein werde. Selbst den Schlaf gönnte man den armen Kranken nicht allerwegen. Soweit derselbe zur Herabsetzung der Reizzustände diente, war er den damaligen Ärzten ganz gelegen. Bei depressiven Hemmungszuständen aber durfte der Kranke nicht zu lange im Schlaf liegen, denn das wäre nach der damaligen Auffassung von schlimmen Folgen gewesen, und darum wurden die Geistesgestörten nicht selten mit brennendem Flachs oder glühendem Eisen und schmelzend heißem Siegellack aus dem Schlafe geweckt.

Um das Übermaß der Aufregung niederzuschlagen, wandte man sehr häufig die sogenannte Ekelkur an. Übermütigen Kranken wurde durch Darreichung des Brechweinsteins beständige Übelkeit erzeugt und so die Exaltation deprimiert.

Den gleichen Zweck, nämlich die Bekämpfung der Aufregungen, erzielte man mittelst körperlicher Arbeiten, als Holzspalten und -sägen, Lasten tragen, Drehen von Maschinen, Wäscherollen, Wasserpumpen usw. Zur Verminderung der Aufregungen wurde auch von der Kälte Gebrauch gemacht. Man brachte die Kranken in kaltes Wasser und gab ihnen kalte Kopfbegießungen oder kalte Bäder oder stellte sie unter kaltes Spritz- oder Strombad oder hüllte den Kopf in nasse Tücher ein. Auch der Ruhe, der Einsamkeit und Dunkelheit maß man beruhigende Wirkungen in aufgeregten Zuständen bei. Für die kräftigsten Beruhigungsmittel hielt man körperliche Züchtigungen wie Backenstreiche, Ruten- und Peitschenhiebe.

Aufheiternde Mittel waren: Angenehme Umgebung, Anblick geliebter Gegenstände, Anhören von Musik, Aufenthalt im Freien, Reiz der frischen Luft, freundliches Sonnenlicht usw.

Zur Hebung der gesunkenen Erregung wurden mannigfache, größtenteils sehr derbe Mittel in Anwendung gebracht: Reizung der Haut durch Blasenpflaster, welches zuweilen am glatt geschorenen Kopf angebracht wurde; im besondern wurde hierzu die Fontanellensalbe aus Kanthariden verwendet. Häufig wurde auch das sogenannte Haarseil oder Eiterband gebraucht. Es wurde nämlich eine Schnur von Haaren mit Terpentinöl getränkt und in einen Wundkanal eingelegt, der in das Unterhautzellgewebe hineingestochen worden war. Ein weiteres Reizmittel zum Anstacheln der verminderten Erregung bestand darin, daß man die Haut mit der Hand oder mit Flanell oder mit der Fleischbürste rieb oder mit Ruten oder Brennesseln peitschte.

Alle diese angeführten unzähligen Mittel sind in der Heilmittellehre Heinroths angegeben, um der Hevristik zweites Geschäft zu besorgen, nämlich die Exaltation und die Depression und deren wechselndes Beisammensein zu bekämpfen. In gleicher Weise sind zahllose Behandlungsarten angeführt, der Hevristik drittes bis sechstes Geschäft durchzuführen. Es genügt wohl, die erwähnten Mittel mitgeteilt zu haben, und es wäre zu umständlich, wollte man noch weitere Aufzählungen machen.

Man kann aus den ungezählten und mannigfachen Heilmitteln, welche oben Erwähnung fanden, ersehen, daß sich die alten Psychiater viel die Köpfe zerbrachen und redlich anstrengten, um die aufgeregten Geisteskranken, so gut sie es eben verstanden, zu behandeln. Daß alle vorgeschlagenen Mittel durchwegs zweckmäßig und human wären, wird niemand behaupten wollen. Aber die guten Absichten unserer Vorgänger können schon dann nicht mehr angezweifelt werden, wenn man die allgemeinen Grundrisse der damaligen Hevristik kennen lernt.

Nun muß man sich fragen, wie es denn kommen konnte, daß trotz der guten Absichten und der vielen angewandten Denkarbeit der damaligen Irrenärzte in den Anstalten durchgehends so schreckliche Verhältnisse bestanden, wie sie von Esquirol in einem Bericht an das Ministerium im Jahre 1818 geschildert wurden, nachdem er die Irrenabteilungen von 33 französischen Städten besucht hatte. Nach Beyer berichtete Esquirol unter anderem folgendes:

„Diese Unglücklichen werden ärger mißhandelt als Sträflinge und ihre Lage ist schlimmer als die des Viehs. Fast überall hat man die Geisteskranken in den feuchtesten und ungesundesten Gebäuden untergebracht. Ich sah sie mit Lumpen bedeckt und nur im Besitze von etwas Stroh, um sich gegen die feuchte Kälte des Pflasters zu schützen, auf welchem sie liegen; ich sah sie bei grober Kost, der Luft zum Atmen, des Wassers zum Stillen des Durstes beraubt und der einfachsten Lebensmittel bar, in Gewalt von wirklichen Kerkermeistern und ihrer rohen Behandlung preisgegeben. Ich sah sie in schmutzigen und engen Winkeln, ohne Luft und Licht, angekettet in Höhlen, in welche man sich scheuen würde, jene wilden Tiere einzusperren, welche der Luxus der Verwaltungen mit großen Kosten in den Hauptstädten unterhält."

Im Jahre 1803 beschrieb Reil zu Halle in seinen Rhapsodien die Zustände der Geisteskranken in den Zucht- und Tollhäusern wie folgt: „Die Barbarei perenniert, wie sie aus der rohen Vorzeit auf uns



übertragen ist. Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadttoren oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie daselbst angeschmiedet an Ketten in ihrem Unrat verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis an die Knochen abgerieben und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt."

In Österreich sah es damals sicher nicht viel anders aus, denn Frank, einer der hervorragendsten Irrenärzte seiner Zeit, vermochte am Ende des 18. Jahrhunderts in Wien nichts Besseres zu erreichen, als Stallungen umbauen zu lassen zur Aufnahme epileptischer und störender Kranker. Und nach den geschichtlichen Mitteilungen von Kirchhoff hatte man um das Jahr 1820 herum für die Unterbringung von Geisteskranken in Österreich außer den Versorgungshäusern in Mauerbach und Ybbs ein kleines Lazarett und den Narrenturm in Wien allein zur Verfügung. Eine Anstalt in unserem Sinne bestand in Österreich noch nicht.

Treten wir nun der Frage näher, wie es nur möglich war, daß trotz der Anschauungen, welche Pinel und Esquirol in Frankreich, Reil in Deutschland und zum Teil auch Joh. Peter Frank in Österreich vertraten, die armen Geisteskranken in so roher und unmenschlicher Weise noch durch Jahrzehnte hindurch mißhandelt werden konnten. Man kann überzeugt sein, daß es den damaligen Irrenärzten nicht besser erging als heute den Mitgliedern des psychiatrischen Verbandes in Österreich. Die breiten Schichten des Volkes kümmerten sich nicht um die Ansichten und Lehren der Ärzte, und die höhere Gesellschaft und die maßgebenden Persönlichkeiten hatten für die großen Pläne und Umwälzungen, mit welchen sich zu jener Zeit die führenden Geister unseres Faches trugen, entweder keinen Sinn und kein Verständnis oder aber kein Geld. Um einen Begriff zu bekommen, wie langsam sich die Pläne der Ärzte verwirklichten, genügt es anzuführen, daß in Wien bereits im Jahre 1820 Verhandlungen gepflogen wurden wegen Errichtung einer neuen, großen und zweckentsprechenden Irrenanstalt. Allein die Eröffnung der geplanten Anstalt konnte erst im Jahre 1853 stattfinden, also 33 Jahre später. Lassen wir es uns darum nicht verdrießen, wenn man unseren Anschauungen nicht das richtige Verständnis entgegenbringt. Wie die Ideen unserer Vorgänger nach und nach zum Durchbruch gelangten, so wird man vielleicht auch den Ansichten, welche der psychiatrische Verband in einer für die Entwicklung des Faches sehr verhängnisvollen Zeit zu verfechten genötigt ist, im Laufe der Jahre Geschmack abgewinnen und dieselben einmal der Verwirklichung entgegenführen.

Die wichtigste und maßgebendste aller Ursachen, warum vor hundert Jahren noch die Geisteskranken eine so schmähliche und unwürdige Behandlung erfuhren, war die, daß man eben über die Geisteskrankheit ganz falsche und unsinnige Ansichten besaß. Man hielt die Geistesgestörten gemeinhin nicht für krank, sondern für Schalke und Narren, voll von Eigensinn, Bosheit und Schlechtigkeit. Für diese Art von Menschen hatte man kein Erbarmen und kein menschliches Fühlen. Sie galten als Abschaum der Menschheit ohne Recht auf menschenwürdige Behandlung. Bei solcher, tief in das Volksbewußtsein eingewurzelter, grundfalscher Auffassung über das Wesen der Geistesstörung konnte es auch nicht anders sein, als daß man die armen Kranken verachtete, sie in dunklen, feuchten Kellern und Verließen oder in den Ställen unterbrachte und sie mit schonungsloser Gewalt in Zaum und Zucht zu halten trachtete.

Daß es damals um das Irrenwesen so schmählich bestellt war, hat zum großen Teil seinen Grund darin, weil zu jener Zeit in Mitteleuropa noch verhältnismäßig wenig Irrenanstalten im heutigen Sinne bestanden. Die Geistesgestörten waren in Asylen untergebracht, welche vielfach an Zuchthäuser, in einzelnen Orten auch an Spitäler angegliedert waren. In allen Ländern deutscher Zunge zählte man vor hundert Jahren im Ganzen zirka 14, zum Teil sehr kleine Anstalten, und in Österreich bestand außer dem Narrenturm überhaupt noch keine Irrenanstalt. Heute hingegen führt Lähr samt den psychiatrischen Kliniken und den öffentlichen sowie privaten Heilanstalten in Deutschland, Österreich und Schweiz nicht weniger als 517 Häuser an, in welchen Geisteskranke untergebracht sind.

Aber die Verständnislosigkeit, welche man selbst in besseren Gesellschaftskreisen den Lehren der führenden Psychiater entgegenbrachte, und die allgemein verbreiteten krassen Vorurteile über das Wesen der Geistesstörung waren nicht allein schuld am traurigen Los, welches damals die bedauerlichen Kranken zu erdulden hatten. Es fehlte so wie heute auch damals bei vielen, sagen wir vielleicht sogar bei der Mehrzahl der zeitgenössischen Ärzte am richtigen Verständnis und an fachgemäßer Ausbildung.

Viele von ihnen kümmerten sich ebenso wie heutzutage gar nicht um die Psychiatrie, andere betrachteten das Fach als minderwertig und wieder andere drangen in die neuen, bahnbrechenden Lehren nicht ein und dachten und handelten nach den Vorurteilen, in welchen die große Masse befangen war. Unter solchen Umständen ist es wohl erklärlich, daß in den verschiedenen Asylen jene Zustände herrschen konnten, welche von Esquirol und Reil tief beklagt wurden.

Allein nicht nur mangelhaftes Verständnis für die Psychiatrie und unzulängliche fachmännische Ausbildung trugen Schuld an dem gräßlichen Mißgeschick der Geisteskranken; unter den Ärzten waren überdies einzelne ganz haarsträubende Ansichten verbreitet. Um zu zeigen, in welch ungeheuerlichen Irrtümern die Ärzteschaft vor hundert Jahren noch befangen war, genügt es, jene Vergleiche, durch welche sogar Fachkollegen die mechanische Beschränkung der Geisteskranken rechtfertigen zu können vermeinten, einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Heinroth behauptete, daß die Wirkung der mechanisch-chirurgischen Beschränkungsmittel bei Exaltation und Depression ungefähr dieselbe ist, wie wenn „man gebrochene Gliedmassen durch mechanische Vorrichtungen in der richtigen Lage erhält und verrenkte durch mechanische Gegenbewegungen einrichtet".

Wenn man zwei Sachen miteinander vergleicht, so müssen dieselben nach den Gesetzen der Logik gewisse Vergleichspunkte haben, in welchen die beiden verglichenen Dinge miteinander übereinstimmen. Die gebrochenen und verrenkten Knochen aber haben mit den krankhaft veränderten Gehirnelementen wohl das eine gemeinsam, daß beide krank sein können, hinsichtlich der ärztlichen Behandlungsweise aber wird man zwischen der harten Knochensubstanz und dem zarten, feinorganisierten Nervengewebe ebensowenig Vergleichungspunkte herausfinden können, wie — man lache nicht über die absonderliche Gegenüberstellung — zwischen einem Fingernagel und dem Herzmuskel. Es können wohl beide krank sein, der Fingernagel und der Herzmuskel. Wenn uns aber am Fingernagel etwas fehlt, so behandeln wir denselben fast ausschließlich mit Messer, Schere und Feile. Welche Heilerfolge würde man jedoch erzielen, wollte man das kranke Herz mit Messer, Schere und Feile bearbeiten! Was dem einen Organ nützt und frommt, bringt dem andern den sicheren Tod! Ebensowenig wie Fingernagel und Herzmuskel im Hinblick auf das gemeinsame Heilverfahren miteinander verglichen werden können, in gleicher Weise wäre es unzulässig und von unermeßlichem Nachteile, wollte man einen gebrochenen Knochen mit dem erkrankten Hirngewebe auf dieselbe Stufe stellen. Und trotz des handgreiflichen Unsinns, den wir heute einsehen, machten unsere Vorgänger diesen Fehler und bauten durch Jahrzehnte hindurch ihr eifriges und mühsames Zielen und Streben zur Verbesserung des irrenärztlichen Heilverfahrens auf solch irrtümlicher und falscher Grundlage auf. Durch derartige Grundanschauungen, welche grobe Irrtümer und Fehler in sich schlossen, konnten naturgemäß nur Mißerfolge gezeitigt werden. Das ganze therapeutische Denken war in falsche Bahnen gelenkt worden. Beschränkung war das herrschende Losungswort, und mit der ganzen Schärfe des menschlichen Geistes dachte man durch lange Jahre hindurch fast an nichts anderes als an die Erfindung von allerhand Methoden und Werkzeugen, durch welche die Kranken indes viel mehr gereizt als beruhigt werden mußten.

Ein weiterer Grund, warum es damals mit der Behandlung der Irren so traurig stand, ist darin zu suchen, daß man sich nicht damit begnügte, die bedauerlichen Kranken durch allerlei Beschränkungsmittel zur Vernunft zu bringen, sondern daß man überdies es für angezeigt und erlaubt hielt, die unzurechnungsfähigen Opfer, welche auf die verfehlten therapeutischen Methoden hin nicht nach Wunsch reagierten, durch verschiedene rohe Zucht- und Bändigungsmittel zu zähmen. Man strafte die Kranken durch Anwendung der bekannten Marterwerkzeuge, man ließ sie strafweise hungern und dürsten und lieferte sie der Roheit des Wachpersonales aus. Welcher Art dieses in jener Zeit vielfach war, erhellt aus einem Zirkular des Ministeriums in Frankreich vom 16. Juli 1819, welches Kirchhoff mitteilt. In diesem Zirkular heißt es: „Die Wärter seien anständig zu kleiden, sie dürfen nicht mit Stock, Ochsenziemer oder Schlüsselbund oder von Hunden begleitet einhergehen."

Ein weiterer Umstand, durch welchen die Schicksale der Geistesgestörten in sehr schlimmer Weise beeinflußt wurden, war der, daß die Ärzte zwar in guter Absicht, aber in bedauerlicher Unverständigkeit bei Vollführung der verschiedenen Geschäfte der Hevristik noch andere ganz unsinnige Kuren an den Kranken vornahmen. Man denke an die Ekelkur, an das Untertauchen des Kopfes in kaltes Wasser, an das Einwickeln desselben in feuchtkalte Tücher, an die Anwendung von Kanthariden pflanzen am glattgeschorenen Kopf, an die



Einführung des Haarseiles in die Wundkanäle, die eigens dazu gestochen werden mußten, und endlich an die Reizungen der Haut mittelst Fleischbürste, Ruten und Brennesseln.

All das hatten die Ärzte bona fide gutgeheißen, und so trugen nebst den allgemein ungünstigen Verhältnissen, welche zu jener Zeit für unser Fach herrschten, auch sie nicht in geringem Maße daran Schuld, daß die Geistesgestörten soviel Ungemach, soviel Unglück und Elend ertragen mußten, bis endlich auch für sie bessere Zeiten anbrachen.

Um die Fortschritte des psychotherapeutischen Verfahrens in seiner pragmatischen Entfaltung leichter zu verstehen, war es notwendig, den einstigen Standpunkt der irrenärztlichen Therapeutik genauer kennen zu lernen und die Gründe vorzuführen, durch welche die seinerzeitigen bedauerlichen Zustände im Irrenwesen schlechthin bedingt wurden.

Obwohl auch einzelne Rechtsgelehrte und Theologen für die schrecklichen Zustände, in welchen zu Beginn des 19. Jahrhunderts sich das Irrenwesen befand, Teilnahme zeigten, so steht es doch außer allem Zweifel, daß die Ärzte es waren, welche die Führerrolle übernahmen und auf die Umgestaltung der Verhältnisse bahnbrechenden Einfluß übten. In Frankreich erhoben Pinel und Esquirol zuerst die Stimmen gegen die unmenschliche Behandlungsweise der Irren und gegen die Ausübung des mechanischen Zwanges. Noch früher war nach den geschichtlichen Mitteilungen von Kirchhoff in England Tuke gegen alle Zwangsmaßregeln aufgetreten, und später führte dort Conolly das System der zwanglosen Behandlung ein. In Deutschland schritt zuerst Hayner in scharfen Worten gegen Ketten, Zwangsstuhl und körperliche Züchtigung ein. Frank forderte zu Anfang des 19. Jahrhunderts in Wien eine rechtliche Regelung des Irrenwesens und Reil in Halle nahm energisch Stellung gegen die bestehenden Mißstände und sprach der schonenden Behandlung ein männliches Wort. Den größten und nachhaltigsten Einfluß auf die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens nahm um die Mitte des vorigen Jahrhunderts der Professor der Psychiatrie in Berlin Wilhelm Griesinger. Er war es, der die zwanglose Behandlung der Irren den deutschen Ärzten mundgerecht vorbrachte, anstatt der geschlossenen Anstalten freie Asyle und Kolonien vorschlug. Der Ruhm Griesingers ist es, das Altscherbitzer System angebahnt zu haben, welches kaum zehn Jahre nach seinem 1868 erfolgten Tode in Sachsen Verwirklichung fand.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**, Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

§ 1568.

Schon die Möglichkeit der Beherrschung krankhafter Erregungszustände genügt zur Feststellung des Verschuldens bei der Ehezerrüttung.

Der Beklagte hatte geltend gemacht, sein Herzleiden und seine Nervosität führten zu Erregungszuständen, diese steigerten sich zeitweise derart, daß er für Äußerungen, die er während ihrer getan habe, trotz seiner im allgemeinen nicht zu bezweifelnden Zurechnungsfähigkeit nicht verantwortlich sei; in solchen Erregungszuständen seien die Briefe und Postkarten geschrieben, aus denen die Klägerin Scheidungsgründe herzuleiten sucht. Diese Behauptung erledigt das OLG. ausreichend durch die Bemerkung, das persönliche Auftreten des Beklagten und seine umfangreichen Eingaben zu den Prozeßakten lieferten den überzeugenden Beweis, daß er recht wohl imstande sei, seine Streitigkeiten mit der Klägerin in einem ruhigen und sachlichen Tone zu erörtern. Das Recht stellt (J. W. 1904 S. 470 Nr. 9) an jeden, dessen freie Willensbestimmung nicht durch eine krankhafte Störung seiner Geistestätigkeit ausgeschlossen ist, die Anforderung, daß er krankhafter Erregung Herr wird. Diese Anforderung findet zwar ihre selbstverständliche Grenze in der Möglichkeit des Herrwerdens, aber diese Möglichkeit des Herrwerdens gerade ist es, die das OLG. mit der in Rede stehenden Bemerkung bejaht. (RG. IV, 25. Januar 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1975.

§ 1568.

Geisteskrankheit der Ehefrau ist unvereinbar mit der Feststellung, daß durch das Verhalten des beklagten Ehemannes die Ehe zerrüttet worden sei.

Die Zerrüttung besteht in einer gänzlichen inneren Entfremdung der Gatten, in einer Zerstörung der ehelichen Gesinnung. Die Zivilkammer verkennt dies auch nicht, sie gelangt aber dennoch zur Scheidung der Ehe, indem sie erwägt, daß bei Anlegung eines objektiven Maßstabs eine geschäftsfähige Ehefrau ein Verhalten wie dasjenige des Beklagten als ein mit dem Wesen der Ehe unvereinbares und als eine solche Kränkung empfunden hätte, daß ihr die Fortsetzung der Ehe nicht hätte zugemutet werden können. Allein diese Feststellung rechtfertigt die Scheidung nicht. Das Gesetz erfordert vielmehr objektiv das Vorhandensein einer Ehezerrüttung; es genügt nicht die Feststellung eines Verhaltens des einen Ehegatten, das der andere Gatte, eine normale Geistesverfassung vorausgesetzt, als ein ehezerrüttendes hätte empfinden müssen. So wenig Eheverfehlungen, von denen der klagende Gatte keine Kenntnis erlangt, zur Feststellung einer Ehezerrüttung verwertet werden können (J. W. 1904 S. 63 Nr. 24), so wenig ist dies der Fall bei Verfehlungen eines Gatten, die der andere wegen seines Geisteszustandes nicht als ehezerrüttend empfindet. (Stuttgart III, 4. November 1913.) D. R. Entsch. Nr. 3147.

§ 1570.

Die Wirksamkeit einer Verzeihung wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Verzeihende wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

Die Verzeihung ist kein Rechtsgeschäft; die Fähigkeit zu verzeihen bemißt sich nicht nach den Vorschriften des BGB. über die Geschäftsfähigkeit (vgl. Staudinger, BGB. § 1570 Erl. 4 a). (Stuttgart III, 4. November 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 3148.

§ 1901.

Das Vormundschaftsgericht kann nicht die Unterbringung eines wegen Trunksucht entmündigten Volljährigen in einer Besserungsanstalt anordnen.

Nach § 1901 BGB. hat der Vormund für die Person eines volljährigen Mündels nur insoweit zu sorgen, als der Zweck der Vormundschaft es erfordert. Der Zweck der über einen Trunksüchtigen angeordneten Vormundschaft richtet sich, soweit es sich um die Person des Entmündigten handelt, in erster Linie auf die Heilung von der Trunksucht. Der Vormund kann zur Herbeiführung der Heilung den Mündel auch gegen seinen Willen in einer Trinkerheilanstalt unterbringen. Dagegen erweist sich die Unterbringung in einer Besserungsanstalt unter allen Umständen als unzulässig. Dem Vormund eines Volljährigen steht eine allgemeine Erziehungsgewalt nicht zu. Die Richtigkeit dieses Satzes ergibt sich daraus, daß der Zweck der über einen Volljährigen angeordneten Vormundschaft nicht die Erziehung des Mündels erfordert. Es sind daher auf die Vormundschaft über einen Volljährigen die für die Vormundschaft über einen Minderjährigen geltenden Vorschriften insoweit nicht anwendbar, als sie ihren Grund darin haben, daß der Mündel wegen seines jugendlichen Alters erziehungsbedürftig ist. (KG., 3. Mai 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1762.

§ 1906.

Persönliches Gehör des vorläufig zu Bevormundenden ist nicht vorgeschrieben.

Daß die Entmündigung beantragt ist, ist nicht nur erforderlich, sondern auch ausreichend. Ob der Antrag begründet ist, hat das Vormundschaftsgericht nicht zu prüfen (vgl. Samml. Bd. 12 S. 11 und 458). Freilich, wenn der Antrag unbegründet ist, erscheint die Besorgnis nicht gerechtfertigt, daß ohne die vorläufige Vormundschaft eine erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen eintritt. Mit Rücksicht hierauf hat das Vormundschaftsgericht — jedenfalls dann, wenn Zweifel an der Begründetheit des Entmündigungsantrages aufgeworfen werden — zwar nicht zu *prüfen*, ob der Antrag begründet ist, aber doch, ob er nicht aussichtslos ist. Das Vormundschaftsgericht prüft aber diese Frage nach Maßgabe der für Vormundschaftssachen geltenden allgemeinen Vorschriften. Die besonderen Vorschriften des Entmündigungsverfahrens sind dafür nicht maßgebend. Insbesondere findet § 654 ZPO. keine Anwendung, daß der zu Entmündigende persönlich vernommen werden muß. Das Gericht kann ihn persönlich vernehmen; ob es ihn vernimmt, ist aber in sein Ermessen gestellt. (Bay. OLG., 22. November 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 695.

§ 1906.

Anstatt der Häufung von Pflegerbestellungen kann die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft sachgemäßer sein.

Die Voraussetzungen der vorläufigen Vormundschaft sind gegeben. Es ist die Entmündigung wegen Geisteskrankheit beantragt, und das LG. erachtet vorläufige Vormundschaft zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person und des Vermögens für erforderlich. Es ist hierzu einwandfrei erwogen, daß Jacob S. eine ganze Reihe von Rechtsangelegenheiten bei den Zivil- und Strafgerichten oder bei anderen Behörden anhängig gemacht hat und dies voraussichtlich weiter tun wird, daß ihm aber auf Grund ärztlicher Gutachten, daß



er geisteskrank sei, von den Gerichten schon wiederholt die Geschäfts- und Prozeßfähigkeit abgesprochen wurde, daß er also seine Rechtsangelegenheiten nicht mehr betreiben kann. Rechtlich bedenkenfrei ist insbesondere, daß es bei der großen Zahl von Angelegenheiten, die S. bei den Gerichten anhängig macht, zweckmäßiger ist, ihm einen vorläufigen Vormund beizugeben, als für jeden einzelnen Fall einen Pfleger aufzustellen. Das Bedenken, dem Jacob S. werde durch die vorläufige Vormundschaft jede Erwerbsmöglichkeit in seinem Berufe als Makler genommen, ist nicht zutreffend. Denn es kommt § 114 BGB. in Betracht, und kann deshalb unter Umständen auch von § 112 Gebrauch gemacht werden. (Bay. OLG., 25. April 1913.)

D. R. Nr. 1763.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** Straßburg i. Elsaß, am 24. und 26. April 1914.

Die diesjährige Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wurde am 23. April d. J. mit einem sehr zahlreich besuchten Begrüßungsabend im „Hôtel zur Stadt Paris" eröffnet. Es hatten sich außer zahlreichen Fachgenossen aus ganz Deutschland auch solche aus der Schweiz und aus Österreich eingefunden. Die erste Sitzung nahm am 24. April um 9 Uhr morgens ihren Anfang. An die Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden Geh. Obermedizinalrat Dr. Moeli schloß sich die Begrüßung der Versammlung durch Vertreter der Landesmedizinalverwaltung, der Unter-Elsässischen Bezirksverwaltung, der Stadt Straßburg, der Universität und der Medizinischen Fakultät. Der Vorsitzende dankte und nannte die im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder des Vereins, darunter Tiling, Näcke, Schuchardt, Oebbecke, Römheld, Kaes. Hierauf begann der eigentliche wissenschaftliche Teil zunächst mit der Erstattung der Referate „Über die verminderte Zurechnungsfähigkeit" von seiten der beiden Referenten Aschaffenburg und Wilmanns.

Aschaffenburg besprach die Zustände geistiger Minderwertigkeit, die sich aber nicht ganz mit dem juristischen Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit decken, und ging auf die Bedenken ein, die bei der enormen Verbreitung derartiger Zustände praktisch entstehen. Er lehnte die prinzipielle Strafmilderung als Folge der verminderten Zurechnungsfähigkeit ab, da der verminderten Zurechnungsfähigkeit oft erhöhte Gemeingefährlichkeit entspreche. Die gesetzliche Regelung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in dem deutschen Vorentwurf lasse sehr viele Wünsche offen, besser sei der österreichische Vorentwurf, obgleich auch gegen diesen mancher Einwand zu erheben sei. Nach Besprechung des Verhaltens der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzug, der geringen Wirkung der Strafverbüßung auf die Besserung im Sinne einer größeren sozialen Tauglichkeit einerseits, der Gefährdung der Gesundheit andererseits, stellte Aschaffenburg folgendes Programm der staatlichen Reaktion gegen vermindert Zurechnungsfähige auf. Bei harmlosen Delikten vermindert Zurechnungsfähiger geringe Strafe, unter Umständen sogar Verzicht auf jede Strafe oder Anwendung der bedingten Verurteilung. Ist die Straftat, auch wenn sie strafrechtlich von geringer Bedeutung ist, der Ausdruck einer Gemeingefährlichkeit, deren Wurzel in der psychischen Anomalie zu erblicken ist, so kann der Richter statt der Strafe die Zulässigkeit sichernder Maßnahmen im Urteil aussprechen. Die beste Form der Sicherung ist die Heilung des krankhaften Zustandes. Ist diese nicht zu erreichen, so muß die Sicherung der Gesellschaft den Interessen des Kranken voranstehen. Um aber auch den Kranken nicht ungeschützt zu lassen, sind gesetzliche Bestimmungen zu treffen, die sich im Prinzip an die Bestimmung über die Entmündigung und an die des österreichischen Vorentwurfs für das Strafprozeßrecht anschließen. Diesen Forderungen reihte A. zum Schluß noch den Wunsch an, die psychologische und psychiatrische Ausbildung aller Organe der Strafrechtspflege zu fördern, damit ein gemeinsames Arbeiten ohne gegenseitiges Mißtrauen und Mißverstehen ermöglicht werde. „Wir Psychiater haben mit der Aufstellung dieses Programms und mit seiner Begründung unsere Pflicht getan, es wird jetzt die Sache der Juristen sein, die gesetzliche Formulierung zu finden.

Der zweite Referent, Wilmanns, hatte seine Anschauungen in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt: Das Gebiet der verminderten Zurechnungsfähigkeit liegt hauptsächlich in den sehr verbreiteten und vielgestaltigen abnormen Veranlagungen und Charakteren. Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist unbestimmt und unbestimmbar. Die Zustände im hohen Grad verminderter Zurechnungsfähigkeit sind außerordentlich verbreitet: Fürsorgezöglinge, Prostituierte, Bettler, Landstreicher, Sittlichkeitsverbrecher sind vielfach geistig abnorm und etwa zur Hälfte im hohen Grad vermindert zurechnungsfähig. Der Richter kann die im hohen Grade verminderte Zurechnungsfähigkeit nur in Ausnahmefällen erkennen. Eine Berücksichtigung des Geisteszustandes vermindert Zurechnungsfähiger kann im gewöhnlichen Strafvollzug nicht stattfinden. Auch der Sachverständige wird nur bei einem kleinen Teil der vermindert Zurechnungsfähigen entscheiden können, ob der Rechtsbrecher der Behandlung in einer Sonderabteilung bedürfen wird. Von den als vermindert zurechnungsfähig erkannten Rechtsbrechern wird ein sehr großer Teil sicherungsbedürftig sein, was in der praktischen Anwendung zu Schwierigkeiten führen wird. Wilmanns lehnt die verminderte Zurechnungsfähigkeit so, wie sie im Vorentwurf des Strafgesetzbuches gedacht ist, ab und macht



folgende Vorschläge: Die bisher leichten Fälle sind bei allen Straftaten besonders zu berücksichtigen, der Strafvollzug ist zu reformieren und ein besonderes Sicherungsgesetz zu schaffen.

An die Referate schlossen sich die Vorträge von Reiß-Tübingen „Über die verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Schwerverbrechern" und von Wollenberg über „psychiatrische Sachverständigentätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Minderzurechnungsfähigen" an.

Reiß machte Untersuchungen an Ludwigsburger Zuchthäuslern und fand zwei Drittel ausgesprochen geistig abnorm. Er bespricht dann die Anwendung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit auf diese Zuchthäusler und kommt zu dem Schluß, daß die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in den Strafvollzug bei Schwerverbrechern keinerlei Vorteile bringen würde. Wollenberg berichtete über ein größeres forensisches Material seiner Klinik, wies dabei darauf hin, daß nur bei einer möglichst engen Umgrenzung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit ihre zu große Ausdehnung vermieden werden könne und schloß mit allgemeinen Ausführungen über die Sachverständigentätigkeit des Psychiaters.

An der auf die Referate und Vorträge folgenden Diskussion beteiligten sich u. a. auch der bekannte Strafrechtslehrer Prof. von Calker, ferner Weygandt, Alt, Schäfer, Longard, Hellpach. Es wurden in der Dikussion hauptsächlich die Schwierigkeiten hervorgehoben, die der praktischen Handhabung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit entgegenstehen, ein Standpunkt, der auch in den Referaten hervorgetreten war. Mehrere Redner, wie Hoche, Moeli, Bonhoeffer und Kraepelin betonten, daß die Anerkennung der Schwierigkeiten nicht dazu Anlaß geben könne, an der Notwendigkeit der Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu zweifeln. Weder Referenten noch Diskussionsredner waren der Ansicht, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit im wesentlichen eine mildere oder kürzere Strafe bringen solle, sondern Anlaß dazu geben müsse, neben weitgehender Anpassung des Strafvollzugs an die Persönlichkeit Sicherungsmaßregeln zu treffen, die die menschliche Gesellschaft ausreichend zu schützen imstande sind.

In der Nachmittagssitzung am 24. April wurde zunächst Geschäftliches erledigt. Als Versammlungsort für das nächste Jahr wurde Göttingen gewählt. Bezüglich des Antrags Kreuser (Zusammenlegung der Tagung mit derjenigen der Naturforscherversammlung) wurde eine endgiltige Beschlußfassung noch unterlassen. Der Antrag Weygandt (Bewilligung eines Beitrags zu einer dem Andenken Ludwig Meyers und Wilhelm Reyes gewidmeten künstlerischen Ehrung von seiten des Vereins) wurde aus prinzipiellen Bedenken abgelehnt. Nach der Mitteilung des Vorsitzenden besteht die Hoffnung auf Verwirklichung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie, näheres lasse sich aber voraussichtlich erst im nächsten Jahre mitteilen. Fischer-Wiesloch erstattete Bericht über die Frage der Verpflichtung zur Herausgabe von Krankengeschichten seitens beamteter Ärzte an Behörden. Vocke-Eglfing und Weber-Chemnitz berichteten noch über die Erfahrungen mit der Anwendung eines statistischen Schemas der Geiseskrankheiten. Nach Erstattung des Kassenberichts wurde der Jahresbeitrag für 1914 wiederum auf 5 M festgesetzt. Es folgte der Bericht über die Heinrich-Lähr-Stiftung. Die satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandsmitglieder Kreuser und Siemens wurden wiedergewählt. Der wissenschaftliche Teil dieser Sitzung wurde durch die Vorträge von Kastan-Königsberg, Fauser-Stuttgart, Kafka-Hamburg, Kirchberg-Frankfurt a. M. und Plaut-München dargestellt, die sich alle mit der Anwendung der Abderhaldenschen Reaktion in der Psychiatrie und der Bedeutung dieser Reaktionen für unsere Wissenschaft befaßten.

Im Anschluß an die Sitzung hatten Prof. Wollenberg und Frau die Teilnehmer der Versammlung zu einer gesellschaftlichen Zusammenkunft in das Palasthotel „Rotes Haus" eingeladen. Es hatte sich eine stattliche Anzahl von Gästen eingefunden, darunter auch ein reicher Damenflor, so daß bald die angeregteste Unterhaltung zustande kam. Nach Einnahme des Tees wurden die Anwesenden durch die Darbietung eines geistvollen Versspieles, das, von hervorragenden Künstlern dargestellt, für die Psychiater durch seinen Inhalt auch ein besonderes Interesse bot, überrascht. In die Stimmung des Versspieles führte ein zur Feier des Tages eigens verfaßter Prolog ein.

Im Anschluß an diese gesellschaftliche Zusammenkunft fand das Festessen statt, das außerordentlich zahlreich besucht war und von Tischreden gewürzt, einen stimmungsvollen Verlauf nahm.

In der dritten Sitzung, die am 25. April um 9 Uhr vormittags begann, berichtete Prof. Uhlenhuth-Straßburg in außerordentlich klarer und übersichtlicher Weise über seine Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. Der Vortragende ging zunächst auf die experimentelle Therapie der Syphilis ein und erwähnte, daß seine Versuche und die seiner Mitarbeiter, von denen vor allem Mulzer zu nennen ist, in systematischer Weise von einem Arsenpräparat, dem Atoxyl, zuerst ausgingen, dann zu Kombinationspräparaten, z. B. dem atoxylsauren Quecksilber führten. In neuerer Zeit wurden auch Heilversuche mit Antimonpräparaten unternommen. Das Salvarsan ist bezüglich seiner wissenschaftlichen Entstehung aus dem Atoxyl hervorgegangen. Uhlenhuth ging dann dazu über, den Infektionsmodus, das klinische Bild und den Verlauf der Impfsyphilis bei Tieren, besonders bei Kaninchen zu schildern. Die Erreger konnten bis jetzt zur 31. Kaninchenpassage fortgezüchtet werden. Interessant ist die Tatsache, daß bei der von Uhlenhuth und Mulzer zuerst ausgeführten Impfung von Syphiliserregern in die Ohrvene der Kaninchen eine besondere Verwandtschaft des Erregers zum Hoden zu bestehen scheint. Es entstanden nämlich einige Zeit nach der Impfung in die Ohrvene die charakteristischen, syphilitischen Hodenveränderungen, in denen die Spiro-



chäten nachweisbar waren. Weitere Forschungen des Vortragenden und seiner Mitarbeiter betrafen die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen; auch auf diesem Gebiet hatte Uhlenhuth eine Reihe bemerkenswerter Erfolge erzielt. Mit Blut primär- und sekundärsyphilitischer Menschen konnten in 78,1 Proz. aller Fälle positive Impfungen erzielt werden, auch mit Milch, Sperma und Rückenmarksflüssigkeit syphilitischer Menschen wurden positive Impfresultate erzielt.

Dem Vortragenden ist auch der Nachweis gelungen, daß Hodenemulsion in einer Verdünnung von 1:10 000 (davon 2 ccm) noch genügt, um eine Haftung des Syphiliserregers im Kaninchenhoden zu erzielen. Zum Schluß ging Uhlenhuth dazu über, den Stand seiner Ergebnisse bezüglich der Nervenlues darzulegen, er erläuterte seinen großen Beifall findenden Vortrag durch eine stattliche Anzahl von Lichtbildern.

Im Anschluß an den Uhlenhuthschen Vortrag folgten Ausführungen von Steiner-Straßburg und von Weygandt und Jakob, die über experimentelle Untersuchungen bezw. über pathologisch-anatomische Befunde am Nervensystem der syphilitischen Tiere berichteten. Forster-Berlin sprach über seine Verimpfungen von Gehirnsubstanz paralytischer Menschen und die Bedeutung seiner durchweg negativen Ausfälle. O. Fischer-Prag demonstrierte Präparate von gummös-luetischen Veränderungen im Rückenmark von Paralytikern und wies auf die offenbar große Häufigkeit solcher Befunde hin.

An alle diese Vorträge schloß sich eine lebhafte Diskussion an, in der verschiedene Redner auch ihre negativen Ausfälle bei der Überimpfung menschlichen, paralytischen Gehirnmaterials betonten.

Es folgten dann noch zwei Vorträge von Brückner-Langenhorn über die „Bedeutung der Weil-Kafkaschen Reaktion für die Psychiatrie" und von Hilffert und Rosental-Heidelberg über die „Anwendung des Abderhaldenschen Verfahrens in der Psychiatrie". Nun erst konnte die Diskussion auch über die hierher gehörigen Vorträge des vorhergehenden Tages stattfinden. Der Ansicht von der Bedeutungslosigkeit der Abderhaldenschen Seroreaktionen für unsere Wissenschaft trat die überwiegende Mehrzahl der Diskussionsredner entgegen, die meisten erkannten die große theoretische Bedeutung an und warnten nur vor einer kritiklosen praktischen Anwendung. In dieser Weise äußerten sich u. a. Nißl, Hauptmann, Stertz, Rosenfeld und Sioli auf Grund ihrer Erfahrungen an den Kliniken von Heidelberg, Freiburg, Breslau, Straßburg und Bonn.

Nach kurzer Mittagspause wurde die 4. Sitzung am Nachmittag eröffnet. Von wichtigeren Vorträgen sind zu erwähnen die von Brodmann-Tübingen, Rosenfeld-Straßburg, Hegar-Wiesloch, Kleist-Erlangen, Pfersdorff-Straßburg, Schäfer-Langenhorn und Vorkastner-Greifswald. Brodmann berichtete über eine neue eigenartige Form der familiären Idiotie bei 3 Geschwistern. Es fand sich hochgradigster Faserschwund des Gehirns, eine Kleinhirnsklerose und eine allgemeine Atrophie und Degeneration im Rückenmark und verlängerten Mark. Auffällig war ein relatives Verschontbleiben bestimmter, frühmarkreifer Hirnabschnitte. Rosenfeld teilte Untersuchungen über Störungen des rhythmischen Gefühls bei verschiedenen Formen von Geistesstörung mit. Kleist sprach über phantastische und halluzinatorische paranoide Erkrankungen, Pfersdorff über Paraphrenien, Schaefer demonstrierte einen Plan für ein gesichertes Haus. Der letzte Vortragende, Vorkastner, besprach epilepsieähnliche Erscheinungen bei der Dementia praecox und behandelte weiterhin die Frage, inwieweit die Annahme von Kombinationen der Dementia praecox mit der echten Epilepsie zulässig sei.

Nach Schluß der Sitzung fand abends eine gesellige Zusammenkunft statt. Am nächsten Tag, Sonntag, den 26. April besuchte ein Teil der Versammlung die psychiatrische und Nervenklinik und die Neubauten des Bürgerspitals. Die Mehrzahl der Teilnehmer war einer Einladung zur Besichtigung der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Rufach (Oberelsaß) gefolgt und benützte zugleich den herrlichen Frühlingstag zu einem Ausflug in die Hochvogesen. So werden wohl alle Teilnehmer mit Befriedigung an die diesjährige Straßburger Tagung zurückdenken.

— **Königlich Sächsische Nervenheilanstalt Pirna.** Das „Korrespondenzblatt d. Ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine im Königreich Sachsen" (85. Bd. Nr. 9 1914) schreibt: Wie uns die Königliche Anstaltsdirektion Sonnenstein bei Pirna mitteilt, ist das räumlich von der Anstalt Sonnenstein vollständig abgetrennte sogenannte Genesungshaus umgebaut worden und soll von Anfang Juni d. J. an minderbemittelten, nervenleidenden Frauen und Mädchen als Heilstätte dienen. Se. Majestät der König haben genehmigt, daß die Heilstätte nach Allerhöchstseiner Mutter „Maria-Anna-Heim" benannt wird. Gesuche um Aufnahme in dieses Heim, das etwa 20 Personen Unterkunft gewähren kann, Anfragen usw. sind womöglich mit ärztlichem Zeugnis an die Anstaltsdirektion Sonnenstein zu richten, deren Verwaltung die neue Anstalt unterstellt ist. Geisteskranke und mit ansteckenden Krankheiten Behaftete können nicht aufgenommen werden.

Die Kosten betragen für Sachsen täglich 4 M, für Nichtsachsen 6 M; bei besonderen Ansprüchen Erhöhung des Preises nach Vereinbarung. Die Bezahlung hat für vier Wochen im voraus zu erfolgen. Bei Bedürftigkeit kann Ermäßigung vom Kgl. Ministerium des Innern gewährt werden.

Das „Maria-Anna-Heim" liegt am Fuße des Sonnensteins, grenzt direkt an die Promenade der Stadt Pirna, verfügt über eigene Küche, schöne alte Gärten; Liegehallen usw. Im Heim sind die zur Behandlung Nervenkranker erforderlichen Kurmittel (Bäder, Duschen, Elektrizität usw.) vorgesehen. Unmittelbar neben der Heilstätte wohnt ein eigens für die neue Anstalt angestellter Arzt. Die Nervenheilanstalt ist Sommer wie Winter geöffnet. Sie ist sowohl für Rückenmarksleidende und Schwerkranke wie für leichtere Fälle, für junge Mädchen wie



Frauen bestimmt. Weniger bemittelte neurasthenische Lehrerinnen, Telephonistinnen und andere Beamtinnen, nervöse Mütter, Basedowkranke, erholungsbedürftige ältere Frauen usw. werden zu kürzerer wie längerer Kur, soweit der Platz reicht, aufgenommen.

Die Herren Kollegen werden im Interesse minder bemittelter weiblicher Nervenkranker auf das „Maria-Anna-Heim" aufmerksam gemacht.

— **Verein bayerischer Psychiater.** Jahresversammlung in Deggendorf am 2. und 3. Juni 1914. Tagesordnung. I. Geschäftliches, Rechnungsablage, Vorstandswahl. — II. Referat: Über die Verhältnisse und die Ausbildung des Pflegepersonals. Referent H. Eccard-Frankenthal. — III. Vorträge: H. Kundt-Deggendorf: Krankendemonstrationen; H. Weiler-München: Zur Prüfung der Alkoholintoleranz; ders.: Plethysmographische Untersuchungen an Geisteskranken. — IV. Besichtigungen der Anstalt Deggendorf und der neuen Anstalt Mainkofen.

1. Juni (Pfingstmontag) ab 1/28 Uhr nachmittag Zusammenkunft im Gasthof zur Post.

2. Juni: 9 Uhr vorm. und 2 Uhr nachm. Sitzungen im Rathaussaal, hierauf Besichtigung der Anstalt Deggendorf.

3. Juni: 8 Uhr 49 Min. vorm. Bahnfahrt nach Pankofen, Besichtigung der Anstalt Mainkofen. Krankendemonstrationen.

— **Unglücksfall in einer spanischen Irrenanstalt.** Ein schreckliches Drama spielte sich im Irrenhause von Alicante ab. Zwei Tobsüchtige, von denen einem die Zwangsjacke angelegt war, waren in einer Zelle untergebracht. Während sich der Wärter auf kurze Zeit entfernte, warf sich der Tobsüchtige auf den anderen hilflos am Boden liegenden. Auf das jämmerliche Geschrei eilten Wärter herbei und fanden den Gefesselten blutüberströmt am Boden liegen. Sein Zellengenosse hatte ihm mit einem kleinen Messer, das er sich auf unerklärliche Weise beschafft hatte, die Augen ausgestochen und die Zunge aus dem Hals gerissen. Das blutige Messer hielt der Tobsüchtige noch in der Hand. Der Rasende konnte nur mit Mühe überwältigt werden. (Fremdenblatt, Wien, 2. 5. 1914.)

— **Allgemeiner Fürsorge-Erziehungs-Tag** vom 15. bis 17. Juni 1914 in Halle a. S.

Montag, den 15. Juni 1914. 5 Uhr nachmittags: Sitzung des Ausschusses des A. F. E. T. im „Stadtschützenhause", Franckestr. 1. — Öffentliche Tagung I. — 8 Uhr abends: Begrüßungsabend, veranstaltet vom Ortsausschuß im „Stadtschützenhause". Ansprachen: „Ernstes und Heiteres aus dem Anstaltsleben" von Pfarrer Hübner (Rettungsanstalt St. Annastift in Neustadt O.-S.) und von Hausvater Bünnemann (Erziehungsanstalt Moorhof und Moorburg bei Varrel in Hannover).

Dienstag, den 16. Juni, vormittags 9 Uhr im „Stadtschützenhause". Öffentliche Tagung II. Vortrag: „Autorität und Selbstregierung bei der Leitung der Jugendlichen" von Professor Dr. F. W. Foerster-München. Korreferat: „Die praktischen Versuche mit Selbstbetätigung der Anstaltszöglinge unter Bezugnahme auf Ergebnisse einer Studienreise in England und Nordamerika" von Direktor Remppis, Königliche Erziehungsanstalt Wabern. — 4 Uhr nachmittags: Besichtigung der Franckeschen Stiftung. Vortrag daselbst: „August Hermann Franckes Bedeutung für die Pädagogik, insbesondere der Anstaltspädagogik", von Geh. Regierungsrat D. Dr. Fries. — 8 1/2 Uhr abends: Öffentlicher Vortrag im Thaliafestsaal (Geiststraße 42 a) von Professor Dr. F. W. Foerster-München über „Moderne Erziehungslehre in kritischer Beleuchtung".

Mittwoch, den 17. Juni, vormittags 9 Uhr im „Stadtschützenhause". Öffentliche Tagung III. Mitgliederversammlung des A. F. E. T. Vortrag: „Die praktische Arbeit an psychopathischen schulentlassenen männlichen Fürsorgezöglingen", von Oberarzt Dr. med. Redepenning-Göttingen. Korreferat: „Die praktische Arbeit an psychopathischen schulentlassenen weiblichen Fürsorgezöglingen", von Pastor Disselhof-Kaiserswerth.

Ausführliche Programme sind zu beziehen von der Geschäftsstelle des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tages, Hannover-Kleefeld, Stephansstift.

Der 1. Vorsitzende:
(gez.) W. Backhausen, Pastor, Anstaltsvorsteher.

Anstaltstechnisches.

— **Alkoholfreie Getränke.** Die besonders auch in Exportkreisen bekannte Firma Hugo Mosblech, Cöln-Ehrenfeld, die vor kurzem auf ein 25 jähriges Bestehen zurückblicken konnte, hat eine Jubiläumsschrift über ihre Fabrikate ausgegeben. Dieselbe enthält ein reichhaltiges übersichtlich zusammengestelltes Sortiment in Mineralwasser-Apparaten, Abfüll-Maschinen, Spül-Maschinen und sonstigen Kellerei-Artikeln, deren Herstellung die Firma Mosblech seit einem Vierteljahrhundert als einzige Spezialität betreibt. Man findet darin Anlagen von der kleinsten bis zu der größten Tagesleistung für den Anfänger, wie für den modernen Großbetrieb und alle vorkommenden Flaschensorten. Der Katalog bietet ein anschauliches Bild für die glänzende Entwicklung, die der Bau von Mineralwasser-Apparaten, als Folge der stetig wachsenden Nachfrage nach alkoholfreien, kohlensäurehaltigen Getränken zu verzeichnen hatte. In welch hervorragendem Maße die Firma Mosblech an diesem Aufschwung beteiligt war, geht am besten aus der Tatsache hervor, daß der erste Prospekt, den die Firma vor 25 Jahren herausgab, nur wenige Seiten umfaßte, während die jetzt vorliegende Jubiläums-Schrift einen Umfang von 134 Seiten aufweist.

In einer besonderen Abteilung des Unternehmens werden als Spezialität Brauselimonaden-Essenzen und Extrakte, sowie Mineralwasser-Pastillen hergestellt, so daß außer den Maschinen auch sämtliche Bedarfsartikel für die alkoholfreie Getränke-Industrie preiswert mitgeliefert werden können.

Die Jubiläumsschrift wird Interessenten kostenlos zugesandt. Eine französische, englische und spanische Ausgabe befinden sich in Vorbereitung.



Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Irrenanltalt Herborn** (Hessen-Nassau). Oberarzt Dr. Becker ist von Weilmünster hierher übergesiedelt.

— **Mecklenburg-Strelitzsche Landes-Heil- und Pflegeanstalt Strelitz** (Alt). Die diesseitige Assistenzarztstelle ist durch den bisherigen Assistenzarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Gießen, Dr. Wilhelm Spohr, seit dem 1. Mai d. Js. besetzt. — Oberarzt Dr. Lomer ist am 26. Januar d. Js. aus dem Dienst geschieden.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital** bei Goddelau. Assistenzart Dr. Hubert Rumpen ist mit Wirkung vom 1. Mai 1914 zum Oberarzt der Gr. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alzey ernannt worden.

— **Rheinprovinz.** Anstaltsarzt Dr. Kellner von Galkhausen nach Düren, Assistenzarzt Dr. Hawestadt von Düren nach Galkhausen versetzt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTS - KRANKE

:: GEGENÜBER ::

BONN A. RHEIN PÜTZCHEN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN NR. 229

Sanatorium Marienbad bei Goslar am Harz.

Offene Anstalt für Nerven-, Herz-, Stoffwechselerkrankungen, Blutarmut, Arteriosklerose etc. — Mildes Gebirgsklima. Moderne Einrichtung und Kurmittel.

Hiervon völlig getrennt

Villa Elisabeth, Klinik für gemütskranke Damen

Zentralheizung — Elektrisches Licht

San.-Rat Dr. **Benno**, Nervenarzt.

Heilanstalt für Nerven= u. Gemütskranke

Bergquell=Frauendorf bei Stettin

Besitzer und leitender Arzt: **Dr. Görlitz.**

Sanatorium Waldfrieden

Ziegenhals (Schles.)

für **Nervenkranke, Entziehungskuren** (Morph., Alc.) **Zweiganstalt mit mässigen Preisen.** Psychotherapie, Anleitung zu gesundheitsfördernder Beschäftigung. Alle physikalischen Heilmittel. **Dr. Jirzik.**

Für nervöse, leitungsbedürftige, auch alkoholkranke Damen

Elisenheim vor Hildesheim. Geisteskranke ausgeschlossen. Bisher große Heilerfolge

Kostgeld 900 bis 1800 M. Prospekte durch den Leiter oder durch den behandelnden Arzt Dr. med. **P. Lindemann, P. Isermeyer.**

Privat = Heil= und Pflegeanstalt für Gemüts= und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Sanitätsrat Dr. von der Helm und 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Sanitätsrat **Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.**

Israelit. Kuranstalten z. Sayn b. Coblenz

I. Kurhaus für Nerven- und leichte Gemütskranke.
II. Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Gemütskranke.

Näheres Prospekte.

Ärzte: Sanitätsrat Dr. **Rosenthal** und Dr. **Jacoby**

Verwaltungsdirektion: **B. Jacoby.**

Krumeich's Konserven-Krug



braun-salzglasiertes Steinzeug, weite Halsöffnung, nicht rostender Aluminiumdeckel, für Obst, Gemüse u. Fleisch

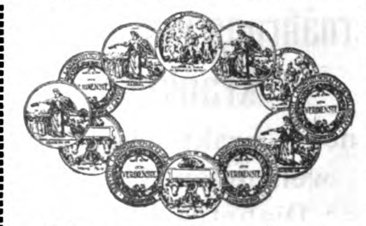
Zerspringt nicht wie Gläser. Ohne Apparat. Billig!

Preise und Beschreibung kostenfrei

Wilhelm Krumeich, Ransbach 12 (Westerwald)

Feinste

Fisch = Konserven



Bismarckheringe
Rollmops
Bratheringe
in feinster Zubereitung
Matjesheringe usw.

Goldene Medaille  Paris 1913

Adolf Hasenmeyer

Altona a. Elbe

 Schutzmarke. 



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 9. 30. Mai **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens seit 100 Jahren.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dr. **Georg Eisath,** Hall (Tirol).

(Schluß.)

Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens vollzog sich nicht plötzlich, sondern in langsamem Werdegang und ging zugleich mit dem Bestreben, jeden mechanischen Zwang und rohe Behandlungsweise auszuschalten, Hand in Hand mit den verschiedenen Umwandlungen der Irrenanstalten, welche sich naturgemäß durch mehrfache Übergangsstadien durchzumausern hatten. Die Anstalten, welche, sagen wir, in der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts eröffnet wurden, verfolgten hauptsächlich den Zweck, die Kranken, welche früher in den verschiedenen Asylen oder auch Zuchthäusern und in andern Schlupfwinkeln untergebracht waren, zu sammeln. Um diese Sammlung vorzunehmen, bedurfte es nicht besonderer Bauten, da genügten alte aufgehobene Klöster oder Kasernen, welche nach den napoleonischen Freiheitskriegen leer geworden waren. In diesen Anstalten herrschten im allgemeinen noch jene traurigen, unmenschlichen Zustände, wie sie oben geschildert wurden.

Wenn ich mich an die Umwandlungen halte, welche unsere Haller Anstalt durchmachte, wäre als weiterer Entwicklungsabschnitt die Einführung der Käfige anzuführen, welche offenbar aus dem Autenriethschen Zimmer hervorgingen. Man baute langgestreckte, gangartige Räume, welche an der einen Längsfront viele Fenster besaßen, wogegen in die zweite, blinde Längsfront die Käfige eingefügt wurden. Diese Käfigbauten entstanden in Süddeutschland um die Mitte des 19. Jahrhunderts. Sie bedeuteten gegenüber den alten Klöstern und Kasernen doch einen gewissen Fortschritt und wurden Tobabteilungen genannt. In früherer Zeit befand sich nämlich jegliche Art von Kranken ohne Auswahl in gemeinsamen Gemächern und verursachten durch Raufen und Schreien und Weinen und Lachen und Poltern einen grauenhaften Lärm. Überdies waren die Ärzte genötigt, die verschiedenen umständlichen hevristischen Geschäfte ebendort abzuwickeln.

Der wohltätige Zweck der Käfigbauten war darin gelegen, daß man die Tobsüchtigen, welche in den gemeinsamen Aufenthaltsräumen am lautesten und störendsten waren, in die Käfige bringen konnte. Dadurch verschaffte man den übrigen Kranken wohltuende Ruhe und befreite sie zugleich von unerträglichen Störungen und Gewalttätigkeiten. Ein weiterer Vorteil der Käfigbauten bestand darin, daß mit der Ausschaltung und Isolierung der unruhigsten und störendsten Elemente eine Menge von Zwangsvorrichtungen entbehrlich wurden. Obzwar man von diesen immer noch ausgiebigen Gebrauch machte, fanden doch Sack, Zwangsriemen, Zwangsstuhl und Schwingmaschine viel eingeschränktere Anwendung als früher.

Allein die Käufigbauten hatten noch immer ihre großen Mängel, denn der Lärm, welcher von den aufgeregten, damals wohl wegen der unverständigen und rohen Behandlung so häufig tobsüchtigen



Kranken geschlagen wurde, ist zwar aus den gemeinsamen Aufenthaltsräumen beseitigt, dafür aber in die Käfigbauten verlegt worden. Diese bezeichnete man mit voller Berechtigung als Tobabteilungen. Die aufgeregtesten und gewalttätigsten Kranken wurden von den ruhigeren ausgeschieden und in die Käfige gebracht, deren 15 bis 20 sich in einem gemeinsamen großen Raum befanden. Wie es hier zuging, davon hat man heute keinen Begriff mehr, aber sicher ist es, daß so viele tobsüchtige Menschen in einem gemeinsamen Saal Tag und Nacht gegenseitig Unannehmlichkeiten und unerträgliche Störungen machen konnten. Die Käfige hatten auch noch weitere Nachteile. Nämlich die Kranken empfanden es sehr unangenehm, von anderen abgesondert in kleinen Räumen nach Art von wilden Tieren in den Menagerien abgesperrt zu sein. Nicht nur durch Lärm, sondern auch durch Unreinlichkeit und Gestank bereiteten sich die Kranken in den Käfigen gegenseitig häßliche und unsaubere Belästigungen.

Die Psychiater empfanden diese Mißstände der Käfigbauten sehr unangenehm und sannen auf Abhilfe. Naturnotwendig mußten sie auf Zellen verfallen, welche allen beklagten Mängeln ein Ende zu setzen schienen und von den seinerzeitigen Fachmännern in den sechziger und siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts als eine große psychiatrische Errungenschaft gepriesen wurden. Anscheinend vermochte nichts besser und gründlicher als die Zelle zu verhindern, daß die aufgeregten Kranken sich gegenseitig durch Lärm und Gewalttätigkeiten quälen und peinigen konnten. Außerdem war die Zelle wie geschaffen, um die Unreinlichkeit und die übelriechende Ausdünstung des einen Irren dem andern nicht unangenehm werden zu lassen. Die Anstalten, welche damals erstanden, wurden alle mit reichlichen Zellen versehen, und in den älteren Häusern wurden die Käfige herausgeworfen und dafür Zellen in größtmöglicher Anzahl eingebaut. Die Zellen boten insofern noch einen weiteren Fortschritt zum Bessern, weil die Kranken viel gründlicher isoliert werden konnten und weil deshalb die verschiedenen Zwangsmittel noch etwas leichter zu entbehren waren. Tatsächlich wurden in den meisten Anstalten unter ausgiebiger Anwendung der Zelle fast alle Zwangswerkzeuge bis auf die Jacke beseitigt.

Allen diesen gewiß sehr beträchtlichen Vorteilen gegenüber machten sich aber auch äußerst unangenehme Mängel, welche der Zellenbehandlung anhaften, bemerkbar. Schon die Lüftung in der Zelle, die gewöhnlich nur mit einem sehr kleinen Fenster versehen war, ging lange nicht in so flotter Weise vor sich, wie dies bei den Käfigen der Fall war. Die vollständige Abgeschlossenheit von der Umgebung sowie der Aufenthalt in den engen und dunklen Gemächern mußte bei den Irren, welche in ihren aufgeregtesten Stunden keine Krankheitseinsicht haben, das Gefühl der Einkerkerung wachrufen. Obzwar man in den Zeiten der Zellenbehandlung in gut geleiteten Anstalten sozusagen keinen mechanischen Zwang mehr ausübte, so haben wir doch keine Ahnung, wieviel seelische Leiden und wieviel Ungemach den Kranken durch die in ihrem Empfinden als grobes Unrecht wahrgenommene Einsperrung verursacht wurden. Ein anderer und zwar einer der schrecklichsten Übelstände der Zelle war, daß es den Kranken in der Abgeschlossenheit leider nur zu oft gelang, Selbstmord auszuführen. Ferner fanden die Kranken mehr denn je gerade in der Zelle Gelegenheit, mit Speichel, Harn und Kot unrein zu sein und an sich geschlechtliche Selbstbefriedigung zu üben. Schließlich hatte die Zellenbehandlung noch einen anderen Mangel, nämlich den, daß die Irren, welche oft Monate und Jahre hindurch eingesperrt und von den anderen Kranken abgesondert waren, sich vollends der Gesellschaft entwöhnten, sich verschiedene schrullenhafte Absonderlichkeiten beilegten oder gar gewalttätig, unerträglich und für den gesellschaftlichen Umgang selbst innerhalb der Anstalt schier unmöglich wurden.

Bei solchen Fehlern und Gebrechen mußte man schließlich die Überzeugung gewinnen, daß die Zellenbehandlung vollends unbrauchbar ist und sich ganz und gar nicht dazu eignet, den bedauerlichen Geisteskranken eine menschenfreundliche Behandlung angedeihen zu lassen. So entstand denn auch eine allseitige Abneigung gegen die Zelle, welche Abneigung im ersten Eifer weit über das Maß des Nützlichen und Vernünftigen hinausging. Man behauptete sogar, daß die Zelle als ganz unnütz und überflüssig gänzlich zu beseitigen sei. Nach der Ansicht verschiedener maßgebender Irrenärzte sollte man jedoch dieselbe nicht ganz verpönen, denn sie kann in weisem Maße angewendet doch ab und zu von großem Vorteil sein. In den neu errichteten Anstalten wurden entweder gar keine oder nur mehr sehr wenige Zellen vorgesehen und in den alten wurden sie ähnlich wie früher die Käfige herausgerissen und an deren Stelle Säle gesetzt.

So war man nach jahrzehntelangen Irrgängen wiederum dort angelangt, wo man jetzt vor hundert Jahren stand. Man brachte nämlich die Kranken, ohne an ihnen eine genaue Auswahl und Sichtung vorzunehmen, aber-



mals in den größeren Sälen der neuen Wachabteilungen unter, diesmal sah es in diesen Krankengemächern freilich ganz anders aus als einst.

Inzwischen hatten sich sowohl in der Auffassung über die Geisteskrankheiten wie in den Zielen und Zwecken der therapeutischen Behandlung gewaltige Änderungen vollzogen. Die Anschauung, daß Irresein eine Krankheit ist, war im Laufe der Zeit Gemeingut aller Psychiater geworden, und diese hatten die Überzeugung gewonnen, daß die Geistesgestörten nicht als Narren oder als Schalke oder als boshafte Menschen, sondern einzig und allein als Kranke zu behandeln sind. Diese Erkenntnis bildete den Grundpfeiler, auf welchem die ganze moderne Irrenbehandlung aufgebaut wurde, diese Erkenntnis brachte auch Licht und Klarheit in die Finsternis und gab den Fingerzeig, was aus der alten Rüstkammer der Behandlungswerkzeuge auszuschalten, was beizubehalten und was neu einzuführen ist. Die Ärzte fingen an, sich in Geduld und Selbstbeherrschung zu üben und flößten den Geist des Mitgefühls, der Milde und Menschenfreundlichkeit auch dem Wartepersonal ein. Und dadurch, daß man an Stelle der verschiedenen Zwangs-, Zucht- und Bändigungsmittel wohlwollende Teilnahme, zwanglose Behandlung und beständige Überwachung setzte, ging derselbe Geist auch auf die Kranken über. So war dem irrenärztlichen Heilverfahren neuer Odem eingehaucht worden und es entstand in den Anstalten allmählich ein friedliches und ruhiges Zusammenleben, wie man es früher gar nicht zu ahnen vermochte.

Sowie man begann die irrenärztliche Therapie in diesem Geiste und Sinne auszuüben, konnte man nicht nur sämtliche Zwangs- und Marterwerkzeuge in die Rumpelkammer werfen, sondern es war auch möglich, die meisten anderen ungezählten Heilmittel und Arzneien auszuschalten und dabei mit schlichten und ganz einfachen Vorkehrungen die Kranken vollständig zu beruhigen und in der Anstalt Verhältnisse zu schaffen, welche vollends jenen eines Krankenhauses gleichkommen.

Die Mittel, welche nötig sind, solche Erfolge zu erzielen, bestehen in erster Linie darin, daß den Anstalten fachmännisch gebildete Ärzte vorstehen, welche das Heilverfahren in obigem Sinne aufzufassen und durchzuführen fähig sind. Dazu gehört auch ein williges und verläßliches Wachpersonal, welches mit aufopfernder Nächstenliebe, mit Nachsicht und Geduld seine schweren Aufgaben erfaßt und verrichtet. Selbstverständlich vermögen Ärzte und Wachpersonal allein bei aufgeregten Geisteskranken im akuten Stadium nicht die gewünschten Heilerfolge zu erzielen, wenn ihnen nicht entsprechend eingerichtete Abteilungen zur Verfügung stehen. Wir brauchen Häuser mit geräumigen, lichten und reingehaltenen Wachsälen, in welchen bequeme Gelegenheit zur Bettbehandlung geboten wird. Ferner bedarf es großer Liege- und Wandelhallen. Außerdem sind unerläßlich gut ausgestattete Baderäume, in welchen die Dauerbäder verabreicht werden können. Derart eingerichtete Abteilungen heißen Wachabteilungen. In ihnen wird bei Vermeidung jeglichen Zwanges von der Liegekur und Dauerbadbehandlung ausgedehntester Gebrauch gemacht. Bei umfangreichen Liege- und Badekuren ist es unumgänglich notwendig, auch die Freiluftbehandlung nicht außer Auge zu lassen. Die Kranken stehen Tag und Nacht unter genauer und strenger Überwachung. Die Liege- und Badekuren werden durch Anwendung von medikamentösen Beruhigungsmitteln unterstützt. Im äußersten Notfall wird auch von warmen oder kalten Einpackungen Gebrauch gemacht, und so kommt man über die gewaltigsten psychischen Erregungszustände mit Ruhe und Schonung hinweg. Später können Aufklärung und Belehrung sowie die Beschäftigungstherapie in ihr Recht treten. Unterhaltung und Zerstreuung müssen ebenfalls das Ihre zur irrenärztlichen Behandlung beitragen. Selbstverständlich ist auch für reichliche, sachgemäße Ernährung zu sorgen.

Das ist alles, was wir bei unseren Kranken in Anwendung bringen. Und trotzdem die Geschäfte der Hevristik sich um das Hundertfache vereinfacht haben, sind die Erfolge ins Ungemessene gestiegen. Man nimmt auf die erregtesten Kranken, wenn die aufgezählten Mittel im richtigen Geiste angewendet werden, solchen Einfluß, daß in den Wachabteilungen im allgemeinen vollkommene Ruhe und Ordnung herrscht und daß es aussieht wie in einem anderen beliebigen Krankenhaus. Dabei braucht man dem Kranken in keinerlei Weise Zwang anzutun oder ihm irgendwelche anderen Unannehmlichkeiten zu bereiten. Wahrlich, die Wissenschaft kann stolz sein auf die Fortschritte des irrenärztlichen Heiverfahrens, welche im Verlaufe des letzten Jahrhunderts erzielt wurden!



Es wäre jedoch ein grober Irrtum, wollte man glauben, daß schon alles erreicht ist, was sich auf dem Gebiete des psychiatrischen Heilverfahrens erzielen läßt. Goethe sagt in seinem Faust: „Es irrt der Mensch, so lange er strebt", und wir alle sind überzeugt, daß dieser Spruch auch für die modernen Errungenschaften der psychiatrischen Heilmittellehre Geltung hat. Wenn wir den gegenwärtigen Stand des irrenärztlichen Heilverfahrens genauer unter die Lupe nehmen, so sehen wir gar bald daran noch verschiedene Fehler und Gebrechen. Und da tritt gleich ein anderer Spruch in Geltung, derselbe heißt: „Wer eine bessere Zukunft erstreben will, muß die Fehler der Gegenwart kennen lernen."

Die Mängel, welche dem gegenwärtigen psychiatrischen Heilverfahren eigen sind, lassen sich in zwei Gruppen trennen: die einen sind im Wesen des Verfahrens selbst gelegen, die anderen werden durch äußere Umstände verursacht.

Um nicht allzu weitschweifig zu werden, soll nur auf ein paar Hauptfehler hingewiesen werden. Der größte und unangenehmste Mangel unserer gegenwärtigen Irrenbehandlung besteht darin, daß wir in den meisten Fällen nicht in der Lage sind, eine kausale, sondern nur eine symptomatische Behandlung anzuwenden. Es wird sicher noch seine weiten und schwierigen Wege haben, bis wir endlich soweit kommen, auch im irrenärztlichen Heilverfahren eine kausale Therapie in ausgedehnterem Maße den Kranken angedeihen zu lassen. Der Grund, weshalb wir in den meisten Fällen von Geistesstörung eine kausale Therapie nicht einzuleiten vermögen, ist der, daß wir eben bei den Geisteskrankheiten nur ganz mangelhafte und unzulängliche, bei vielen Krankheitsformen überhaupt gar keine Kenntnisse über die Ätiologie derselben besitzen.

Die großen Schwierigkeiten bestehen darin, daß wir nicht imstande sind, verschiedene Hilfswissenschaften, welche anderen medizinischen Fächern so große Dienste leisten, für die Psychiatrie derzeit nutzbar zu machen. Es ist leider eine allbekannte Tatsache, daß wir weder die Bakteriologie noch die Serologie noch die Radiologie noch die Stoffwechsellehre noch die pathologische Anatomie, ja nicht einmal die Physiologie und Biologie solchermaßen in den Dienst der Psychiatrie zu stellen vermögen, um daraus sachliche Anhaltspunkte für eine Ätiologie der Geisteskrankheiten zu ermitteln und ähnlich wie in den übrigen medizinischen Fächern eine kausale Therapie zu begründen. Das sind die Hauptschwächen, welche dem inneren Wesen unserer gegenwärtigen irrenärztlichen Therapie anhaften.

Der Vollständigkeit und der besonderen praktischen Wichtigkeit halber sollen hier auch noch ein paar Tatsachen Erwähnung finden, wodurch unser irrenärztliches Heilverfahren durch äußere Umstände in sehr ungünstigem Sinne beeinflußt wird. Wir alle, die wir uns mit der praktischen Psychiatrie befassen, haben die volle Überzeugung, daß unsere Kranken viel zu spät in die Anstalten gebracht werden. Je mehr der Kranke vor der Einweisung in die Anstalt durch unverständige, manchmal auch durch rohe und rücksichtslose Behandlung gereizt und gepeinigt wurde, je länger er den Schutz und die schonende, sachgemäße Behandlung der Heilanstalt entbehren mußte, desto schwerer und länger gestaltet sich der Verlauf der Psychose. Diese Tatsache öffentlich auszusprechen und mit besonderem Nachdruck zu betonen, ist eine hervorragende Pflicht unseres psychiatrischen Verbandes, denn wir leben leider *in* einer Zeit, da man daran geht, in der Meinung des Volkes die krassen, veralteten Vorurteile gegen die Anstalten wieder zu beleben, die Aufnahmen in die Heilanstalten zu erschweren und durch allerlei herzlose und peinliche Gesetzesvorschriften möglichst verhaßt und unangenehm zu machen.

Noch eines weiteren Umstandes, der durch äußere Einflüsse veranlaßt wird und in ganz besonders ungünstiger Weise unser irrenärztliches Heilverfahren beeinträchtigt, sei hier Erwähnung getan. Sehr häufig werden unsere besten therapeutischen Maßnahmen in ihren wohltätigen Wirkungen dadurch vereitelt, daß unsere bedauernswerten Kranken durch degenerierte und kriminelle Elemente, welche von Gesetzes wegen in die Anstalt eingewiesen sind, manchmal in rücksichtlosester Weise belästigt und mißhandelt werden können. Man muß eben bedenken, daß die Nerven- und Geisteskranken vor allem der Ruhe und der Schonung bedürfen und jegliche Belästigung und unangenehme Störung um das Hundertfache schwerer empfinden, als Menschen, die mit anderen Krankheiten geschlagen sind. Dabei müssen wir aber mit schmerzlichem Eindruck die Tatsache feststellen, daß derjenige, welcher wegen Leibschmerzen oder wegen Hautabschürfungen oder wegen syphilitischer Papeln sich im Krankenhaus behandeln läßt, die volle Ruhe und Behaglichkeit desselben genießen kann und durch keinerlei Belästigung gestört werden darf. Dagegen hat man selbst in höheren Regierungskreisen und bei den gesetzgebenden Körperschaften bis heute noch nicht soviel Mitgefühl und Menschen-



freundlichkeit aufgebracht, um auch den Geisteskranken dieselben Wohltaten angedeihen zu lassen. Gerade dort, wo man es am wenigsten erwarten möchte, macht man den Ärzten ganz unüberwindliche Schwierigkeiten, wenn sie verlangen, daß die Degenerierten und Kriminellen, soweit sie sich Gewalttätigkeiten gegen die Kranken zuschulden kommen lassen und Ruhestörungen verursachen, aus den Anstalten entfernt werden müssen, und ebendort zeigt man in ganz unglaublicher Kurzsichtigkeit auch heute noch wenig Verständnis dafür, daß in der modernen Gesetzgebung der Krankenhauscharakter der Heilanstalten zur Geltung gebracht werden muß.

Es ist eine der vornehmsten Pflichten der Anstaltsärzte, diese erwähnten Mängel, welche dem irrenärztlichen Heilverfahren noch eigen sind, auszubessern. Die Fehler, welche im inneren Wesen desselben gelegen sind, zu beheben, ist einzig und allein Sache der Ärzte, jene Gebrechen des therapeutischen Verfahrens jedoch, welche durch ungünstige äußere Einflüsse verursacht sind, können von den Ärzten allein nicht beseitigt werden. Sie werden so lange fortbestehen, bis Regierung und gesetzgebende Körperschaften endgiltig die Irrenanstalten als Krankenhäuser ansehen und dieser Auffassung bei der Gesetzgebung auch Rechnung tragen. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben des österr. psychiatr. Verbandes, mit allen Mitteln dahin zu streben, daß jene Schwierigkeiten, welche von außen her dem weiteren Fortschritte des irrenärztlichen Heilverfahrens hinderlich entgegenstehen, aus dem Wege geräumt werden. Daher muß auch dafür Sorge getragen werden, daß nicht erst in einem neu zu schaffenden österreichischen Irrengesetz, sondern bereits schon in den Gesetzesvorlagen für Jugend- und Trinkerfürsorge, für das Entmündigungsverfahren, für Verbesserung des Strafrechtes usw. der Krankenhauscharakter der öffentlichen Heilanstalten voll und ganz zur Geltung und zum Ausdruck gelangt!

Literatur.

Beyer, Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens, Halle 1912, Marhold.

Esquirol, angeführt nach Kirchhoffs Grundriß.

Frank, angeführt nach Kirchhoffs Grundriß.

Heinroth, Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig 1818, Vogel.

Kirchhoff, Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890, Hirschwald.

Kirchhoff, Handbuch der Psychiatrie, allgem. Teil, 4. Abteilung: Geschichte der Psychiatrie. Leipzig 1912, Deuticke.

Lähr, Die Anstalten für psychisch Kranke. Berlin 1912, Reimer.

Reil, Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle 1803.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**, Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Fortsetzung.)

§ 1909.

Die Aufstellung eines Pflegers ist erst dann geboten, wenn eine bestimmte Angelegenheit zu besorgen ist; die bloße künftige Möglichkeit genügt nicht. (Bay. OLG., 20. September 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 66.

§ 1909.

Das Amt des Pflegers erlischt mit der Besorgung der Angelegenheit, für die er bestellt ist. Soll diese Erledigung (z. B. eine Auseinandersetzung) angefochten werden, so ist neuerliche Pflegerbestellung erforderlich. Planck, BGB. Erl. 5 zu § 1918. (Bay. OLG., 7. März 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1473.

§ 1909.

Wenn auch dem Vormundschaftsgericht eine sachliche Prüfung der vom Pfleger zu besorgenden Angelegenheiten nicht zusteht, so obliegt ihm doch die Feststellung, ob die behauptete Besorgung überhaupt in Frage kommt. (Bay. OLG., 7. März 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 1474.

§ 1910.

Die Bestellung einer Pflegschaft für sämtliche Angelegenheiten eines Geisteskranken oder Geistesschwachen ist nicht zulässig.

Wegen körperlicher Gebrechen kann eine Pflegschaft sowohl für einzelne Angelegenheiten oder



einen Kreis von Angelegenheiten als auch für sämtliche Angelegenheiten angeordnet werden. Bei geistigen Gebrechen dagegen kann die Pflegschaft nur einen beschränkten Umfang haben, sie kann sich nur auf bestimmte Angelegenheiten oder einen Kreis von Angelegenheiten erstrecken. Allerdings kann auch einem nicht bevormundeten volljährigen Geisteskranken oder Geistesschwachen, der im Sinne des § 6 Ziff. 1 BGB. seine Angelegenheiten im allgemeinen nicht zu besorgen vermag, auf Grund des § 1910 Abs. 2 ein Pfleger für einzelne Angelegenheiten bestellt werden, falls das Bedürfnis im konkreten Falle nur eine solche beschränkte Vertretung verlangt (vgl. Planck, BGB. 3. Aufl. Erl. 2 zu § 1910; RGZ. Bd. 52 S. 240), aber die Bestellung einer Pflegschaft für sämtliche Angelegenheiten ist auch hier ausgeschlossen. (Bay. OLG., 10. Januar 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 964.

§ 1910 Abs. 2.

Die Anordnung einer Pflegschaft für Handlungen vor Gerichten und sonstigen Behörden ist keine beschränkte, sondern eine allgemeine Pflegschaft, sohin wegen Geistesgebrechen unstatthaft. (Bay. OLG., 10. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 965.

§ 1910 Abs. 2.

Bei einem Querulanten kann vorgängige Verständigung über die Pflegschaftsanordnung für unmöglich erachtet werden (RGZ. Bd. 65 S. 200).

Es ist festgestellt, daß der Beschwerdeführer an Querulantenwahn leidet. Dieser Querulantenwahn, der auch aus dem Inhalt seiner vielfachen Eingaben an Gerichte und andere Behörden hervorgeht, und wegen dessen ihn das Schöffengericht von einer Übertretung des Abmarkungsgesetzes freigesprochen hat, macht ihn unfähig, seine Angelegenheiten, soweit sie mit der Abgrenzung seiner Grundstücke in Zusammenhang stehen, zu besorgen. Seine Eingaben und sein Vorbringen vor Gericht zeigen, daß der Wahn, als ob seine Grenznachbarn und die mit der Feststellung der Grenze befaßten Behörden in jedem Fall darauf ausgingen, unrichtige, ihn benachteiligende Grenzen festzusetzen, in ihm so festgewurzelt ist, daß er in dieser Beziehung jeder Belehrung unzugänglich ist. Eine Verständigung mit ihm über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Einleitung einer Pflegschaft ist ausgeschlossen, da auch seine Äußerungen hierüber sich als offenbarer Ausfluß seines Querulantenwahns darstellen. (Bay. OLG., 17. Januar 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 861.

VI. Zivilprozeßordnung.

§ 286.

Sachverständigengutachten eines Strafverfahrens können mangels Parteirüge auch dann als Urkundenbeweis im Zivilprozeß verwertet werden, wenn das Strafurteil in der Revisionsinstanz aufgehoben worden ist. (RG., 7. März 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1331.

§§ 286, 549.

Die Tauglichkeit eines Sachverständigen für die Erstattung von Gutachten einer bestimmten Art ist Sache der dem Tatsachenrichter zustehenden, einer Nachprüfung im Revisionsverfahren nicht unterliegenden Beweiswürdigung. (RG. III, 18. März/22. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 2445.

§ 286.

Beweisangebote eines aktiven Eisenbahnbetriebsbeamten in einem Unterhaltsstreit dürfen nicht schon deshalb abgelehnt werden, weil die Ehefrau ein privatärztliches Zeugnis vorlegt, wonach der Ehemann chronischer Alkoholist und deshalb geistig geschwächt sei. (RG. IV, 12. April 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1627.

§ 286.

Auch gegenüber schriftlichem Gutachten eines Vorprozesses hat jede Partei das Recht, auf neuerliche Vernehmung zu dringen, mögen die Gutachtenunterlagen auch die nämlichen geblieben sein. (RG. IV, 6. Oktober 1913.) D. R. Entsch. Nr. 3159.

§ 308.

An sich ist es zulässig, statt gemäß der Klage eines Irren (nach Hamburger Recht) auf Aufhebung der Einschaffungsverfügung im Urteil auf Entlassung wegen Besserung zu erkennen.

Die Wirkung der Verfügung vom 25. Januar 1908 bestand darin, daß der Kläger, der sich bereits seit einiger Zeit in der Irrenanstalt befand, auch nach dem Ablaufe seiner Strafzeit nicht entlassen, sondern dauernd in der Irrenanstalt zurückbehalten wurde. Die Beseitigung dieser Wirkung durch Aufhebung der Verfügung war das Ziel der Klage. Einer dem Klagantrag entsprechenden Entscheidung würde die Bedeutung einer Feststellung zugekommen sein, daß die Zurückbehaltung des Klägers in der Irrenanstalt von Anfang an ungerechtfertigt war. Wenn das OLG. demgegenüber die Verfügung nach den Verhältnissen bei ihrer Anordnung für sachlich gerechtfertigt erachtet und die Beklagte nur deshalb zur Entlassung des Klägers verurteilt hat, weil es nach der Besserung des Klägers im Prozeßlaufe seine weitere Zurückbehaltung nicht mehr als zulässig ansieht, so erscheint der Inhalt dieser Verurteilung dem Klagantrag gegenüber nicht als



etwas völlig Anderes, sondern nur als das in dem Klagantrag mitenthaltene Geringere; das OLG. hat das Klagbegehren für die Vergangenheit als unbegründet zurückgewiesen, ihm dagegen für die Zukunft stattgegeben. Daß das OLG., wenngleich es in der Urteilsformel eine teilweise Klageabweisung nicht ausdrücklich ausgesprochen hat, den Kläger als zum Teil unterliegende Partei ansah, erhellt aus der Kostenentscheidung und ihrer Begründung. Die auf § 308 ZPO. gestützte Rüge ist hiernach unbegründet. (RG. VI, 14. Oktober 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 1908.

§ 406.

Wenn sich eine Partei in einem vorbereitenden Schriftsatze gegen den Vorschlag eines Sachverständigen durch die Gegenpartei wendet, die Besorgnis der Befangenheit äußert und einen anderen Sachverständigen empfiehlt, so ist das nicht als die Anbringung eines Ablehnungsgesuchs anzusehen. (RG. VI, 28. April 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1913.

§ 406.

Gegenüber der Verwertung eines früheren Gutachtens aus einem Vorprozesse als Urkundenbeweis findet eine Ablehnung nicht statt. (RG. IV, 6. Oktober 1913.) D. R. Entsch. Nr. 3163.

§ 650.

Die Überweisung ist nicht schon deshalb gerechtfertigt, weil vorläufig Zweifel darüber bestehen, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche anzunehmen ist. (Bay. OLG., 2. Dezember 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 551.

§ 653.

In dem Entmündigungsverfahren vor dem Amtsgericht hat der zu Entmündigende noch nicht wie in dem darauffolgenden Anfechtungsverfahren die Rechtsstellung einer Partei. Die Beschlüsse und Verfügungen des Entmündigungsrichters, durch die eine Beweisaufnahme angeordnet wird, brauchen ihm daher nicht zugestellt zu werden. Auch hat er kein Recht, der Beweisaufnahme beizuwohnen oder den Zeugen und Sachverständigen Fragen vorzulegen oder vorlegen zu lassen. Es ist vielmehr ausschließlich in das gewissenhafte Ermessen des Richters gestellt, darüber zu befinden, inwieweit er eine Teilnahme des zu Entmündigenden oder seines Vertreters in dem Verfahren zulassen will. (RG. IV, 25. November 1912/11. Januar 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 552. Vgl. auch Nr. 553.

§ 653.

Der Antragsteller hat kein Recht, den Beweisterminen beizuwohnen und von ihnen benachrichtigt zu werden. (Naumburg, 20. Mai 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 3274.

§ 660.

Eine Ersatzzustellung bei Abwesenheit des wegen Geistesschwäche Entmündigten ist zulässig. (Bay. OLG., 14. März 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 1497.

§ 669.

Im Anfechtungsprozeß kann von einem Recht der Parteien, der Verwendung amtsgerichtlicher Beweiserhebungen für die richterliche Sachprüfung zu widersprechen, grundsätzlich keine Rede sein. Es steht den Parteien auch nicht das Recht zu, ohne besonderen Grund die Wiederholung der Beweisaufnahme zu verlangen. Denn obwohl die Grundzüge des Entmündigungsverfahrens vor dem Amtsgericht und des Anfechtungsverfahrens vor dem Prozeßgerichte nicht die gleichen sind, bilden diese beiden Abschnitte des Entmündigungsverfahrens doch eine Einheit. (RG. IV, 25. November 1912/11. Januar 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 553. Vgl. auch Nr. 552.

VII. Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit.

§ 20, §§ 1910 Abs. 2, 1915, 1779 BGB.

Hat bei der Bestellung eines Pflegers nach § 1910 BGB. keine Umschau unter den Verwandten und Verschwägerten des Pfleglings stattgefunden, so ist die Bestellung zwar wirksam; die Verwandten und Verschwägerten können aber die ordnungswidrig erfolgte Pflegschaftsbestellung mit Beschwerde aus § 20 FGG. anfechten, wenn sie auch nicht ohne weiteres die Entlassung des bestellten Pflegers fordern können. (KG., 17. Januar 1913.)
D. R. Entsch. Nr. 1006.

§ 36 Abs. 1 Satz 1 RFGG. und §§ 1896, 1908 Abs. 2 BGB; § 661 ZPO.

Die vorläufige und die sich daran anschließende endgültige Vormundschaft sind mit Bezug auf die Zuständigkeit des Gerichts nicht als ein einheitliches Verfahren, sondern als zwei getrennte Angelegenheiten anzusehen. Es ist daher für die Anordnung der endgültigen Vormundschaft dasjenige Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirke der Mündel zu der Zeit, zu welcher die Entmündigung in Wirk-



samkeit tritt, seinen Wohnsitz eventuell seinen Aufenthalt hat. (KG. I. ZS., 10. Februar 1913).

D. R. Entsch. Nr. 1375.

§ 57 Nr. 9; § 1910 Abs. 2 BGB.

Gegen die Bestellung eines Pflegers zum Zwecke der Vermögensverwaltung steht den Verwandten und Verschwägerten des Pfleglings die Beschwerde aus § 57 Nr. 9 FGG. zu.

Der Wirkungskreis des bestellten Pflegers umfaßt zwar nur die Vermögensangelegenheiten des Pfleglings. Gleichwohl läßt sich nicht die Möglichkeit in Abrede stellen, daß auch eine derartige Bestellung den Pfleger in solche persönliche Beziehungen zu dem Pflegling bringt, daß dadurch die Sorge für das persönliche Wohl des letzteren betroffen wird. Insbesondere schneidet die Verwaltung des gesamten Vermögens tief in die Lebensgewohnheiten und die persönlichen Verhältnisse des Pfleglings ein. Es betrifft daher die Bestellung eines Pflegers mit derart umfassendem Wirkungskreis zugleich auch die persönlichen Angelegenheiten des Pfleglings. (KG., 17. Januar 1913.) D. R. Entsch. Nr. 1008.

(Fortsetzung folgt.)

Zum 25 jährigen Jubiläum der Provinzialheilanstalt Lauenburg i. Pom.

Schnell rauscht die Zeit dahin. Auch die Provinzialheilanstalt Lauenburg erreicht nun am 5. Juni den Gedenktag ihres fünfundzwanzigjährigen Bestehens. Ihr gilt heute unser Gruß! — In der erscheinenden Festschrift wird von berufener Feder gesagt werden, welche Pläne bei der Eröffnung der Anstalt verfolgt wurden, wie sie — namentlich auch durch Angliederung eines Landguts — ausgestaltet wurde, und welche Aufgaben der zukünftigen Entwickelung vorbehalten bleiben.

Ein Zeitraum von fünfundzwanzig Jahren schließt im Anstaltsleben viel Arbeit ein, die von Vielen geleistet ist. Von dem Namen Lauenburg wird aber für immer der Name Siemens untrennbar bleiben, als des Mannes, welcher getragen von hohem Vertrauen der Provinzialverwaltung die Anstalt seit ihrer Eröffnung leitete und in ihrer Eigenart formte. Was unser verehrter Kollege uns als Rufer im Streit, im öffentlichen Leben der deutschen Psychiatrie bedeutet, braucht hier nicht gesagt zu werden. Hier gedenken wir seiner vorbildlichen Pflichttreue in der Direktionsführung, seiner unermüdlichen Tätigkeit an den Kranken, denen er stets ein warmherziger Helfer und Schützer war. Besonders sei ihm aber an dieser Stelle Dank von seinen Mitarbeitern und Schülern zugerufen, denen er, gestützt auf eine seltene Begabung in der schnellen Erfassung und Klärung medizinischer, technischer und administrativer Fragen, der stets anregende Führer auf dem weiten Gebiet der wissenschaftlichen Psychiatrie und in allen Anstaltsfragen gewesen ist. Möge er noch lange wirken mit reichen Erfolgen! M-n.

Mitteilungen.

— Über **Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse** berichtet Privatdozent Dr. Runge, Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel, in der Deutschen medizinischen Wochenschrift Nr. 20 vom 14. Mai 1914.

R. kommt zu folgendem Schluß:

„1. Die Salvarsanbehandlung ist in Initialfällen der Paralyse, auch solchen Fällen, bei denen zwar der Beginn der Erkrankung noch nicht zu weit zurückliegt, aber doch schon akutere und schwerere Symptome aufgetreten sind, indiziert.

2. Die Behandlung muß in Intervallen durchgeführt werden, die Gesamtdosis je nach dem Zustand des Patienten und seiner Toleranz dafür individualisiert und nach und nach auf eine möglichst hohe von 5 bis 10 g und mehr gebracht werden.

3. Bei den mit Salvarsan auf diese Weise behandelten Fällen zeigen sich weit häufiger weitgehende Remissionen als bei den nicht oder mit anderen antiluetischen Mitteln behandelten Paralytikern. Die Behandlung führt offenbar zu einer erheblichen Modifizierung des Verlaufs der Paralyse, öfters sogar im Sinne eines längeren Erhaltenseins der Arbeitsfähigkeit, vielleicht auch im Sinne einer Verlängerung der Krankheitsdauer. Ein solcher Erfolg läßt sich jedoch nicht in allen Fällen gewährleisten, vielmehr gibt es Fälle, bei denen das Salvarsan auch in großen Dosen völlig wirkungslos abprallt. Auch kann es bei den Paralytikern, bei denen durch Anwendung großer Dosen keine weitgehende Remission erreicht wird, sicher zu Rückfällen und letalem Ausgang kommen.

4. Ob eine Heilung der Paralyse mit dem Salvarsan erzielt werden kann, läßt sich noch nicht entscheiden. Jedenfalls dürften die Prozentsätze der Remissionen noch größer werden, wenn noch mehr Material von mit hohen Dosen behandelten Fällen vorliegt."

Ein übler Ausgang direkt nach der Injektion wurde bei rund 550 intravenösen und 23 intramuskulären Injek-



tionen nie beobachtet. In drei Fällen wurden schwere Dermatitiden (starke Schwellung, Rötung und Blasenbildung der Haut am ganzen Körper), die wochenlang anhielten, beobachtet; offenbar auf Grund einer Idiosynkrasie. In 2 dieser Fälle ging die Dermatitis zurück (Behandlung: Injektionen von Menschenserum, Aderlässe, Kochsalzinfusionen, die, solange der Fall bedrohlich schien, täglich erfolgten; im dritten nach Abklingen der Dermatitis Sepsis infolge der vielen Kratzwunden, die sich der Patient zugezogen hatte, und Tod.

Die Salvarsaninjektionen werden daraufhin jetzt nicht mehr in 5 tägigen, sondern in 6—8 tägigen Intervallen vorgenommen und die Gesamtdosis zunächst nur auf 4 bis 5,0 gesteigert und nach einiger Zeit, etwa nach zwei Monaten, eine erneute Kur eingeleitet.

Es wird empfohlen, mit kleineren Dosen zu beginnen und bei schwächlichen Patienten überhaupt bei kleineren Einzeldosen von 0,2 oder 0,3 zu bleiben.

Verwandt wurde Altsalvarsan; für Fälle, wo schon bei geringerer Gesamtdosis als 10,0 g eine leichte Dermatitis oder ein Exanthem auftritt, wird Versuch mit Neosalvarsan oder Verabfolgung von ganz geringen Dosen von Salvarsan (0,2) in längeren Zwischenräumen empfohlen.

Die Kur ist auch bei subjektivem Übelbefinden des Patienten zu unterbrechen; nach jeder Injektion ist mindestens eine 24 stündige Bettruhe einzuhalten.

Bei den Paralytikern, bei denen auch bei höheren Salvarsangesamtdosen von 3 bis 5 g an keine Gewichtszunahme erfolgte, blieb das Salvarsan wirkungslos; K o n t r o l l e d e s K ö r p e r g e w i c h t s (auch des Urins und der Temperatur) ist daher zu empfehlen, die Kur abzubrechen, wenn bis zu einer Gesamtdosis von etwa 3,0 g das Körpergewicht dauernd abnimmt.

Arbeitsfähig wurden im ganzen 13 gleich 14,3% aller Fälle, darunter vorübergehend arbeitsfähig (die stationären mit eingerechnet) 5, davon die meisten 1 bis 1 1/2 Jahre. Außerdem wurden drei Kranke soweit gebessert, daß sie in Anstalten noch arbeiten konnten. In ihrer Heimat arbeiten bis zur Gegenwart 8 gleich 8,8 % sämtlicher Fälle, 17% derjenigen Fälle, die Dosen über 1,0 Salvarsan erhalten hatten, darunter einer 2 3/4, die übrigen 1/2 Jahr (darunter allerdings 3 von den Fällen mit nicht ganz sicherer Diagnose Paralyse). Diese abgerechnet, verbleiben 11% der mit mehr als 1 g Behandelten als noch jetzt arbeitsfähig.

Eine Vergleichsstatistik über Remissionen ergab:

Remissionen unter 380 Nichtbehandelten .	15 =	3,9%
Remissionen unter 140 m. Jod Behandelten	13 =	9,3%
Remissionen unter 35 m. Quecks. Beh. . .	4 =	11,4%
Remissionen unter 555 Paralytikern . . .	32 =	5,7%

In 32 Fällen ist die Salvarsanbehandlung mit einer Kalomelkur verbunden worden (Injektion alle 5 Tage in den zwischen den Salvarsantagen liegenden Zeiten); in 16 = 50% Fällen Remissionen, in 4 = 12,5% stationärer Verlauf, in 12 = 37,4% Behandlung ohne Einfluß.

T a b e l l e ü b e r d i e E r g e b n i s s e.

Gesamtdosis in Gramm	Remissionen	Stationär	Unverändertes Fortschreiten	Schlechter	Summa	Davon bisher gestorben
9—10,5	5	—	—	—	5	—
8—9	1	1	—	1	3	1
6—7	—	—	—	—	—	—
5—6	2	—	1	—	3	1
4—5	3	—	—	—	3	1
3—4	3	2	—	—	5	1
2—3	8	—	3	—	11	3
1—2	6	3	7	1	17	7
0,2—1	6	8	28	2	14	19
Summa und Prozente d. Behandelten	34 =37,4	14 =15,4	39 =42,9	4 =4,4	91	33 =36,3

In neuester Zeit wurde in der psychiatrischen Klinik in Kiel hauptsächlich nach dem von D r e y f u s (Münch. med. Wochenschr. 1913 S. 2333) angegebenen Verfahren mit einer Spritze aus Jenaer Glas injiziert, und zwar 1%ige Lösung von Salvarsan (gewöhnlich 0,4 auf etwa 38 ccm Aqua destillata).

(Über Salvarsanbehandlung der Paralyse siehe auch R a e c k e, diese Wochenschrift XV S. 218 Nr. 18 vom 2. August 1913.)

— **86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte** zu Hannover vom 20. bis 25. September 1914. Die **Abteilung für Neurologie und Psychiatrie** ladet zu der vom 20. bis 25. September d. Js. in Hannover stattfindenden 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte ein und bittet gleichzeitig um Anmeldung von Vorträgen.

Da den späteren Mitteilungen über die Versammlung bereits ein möglichst vollständiges Verzeichnis der Vorträge beigefügt werden soll, so wird gebeten, Vorträge und Demonstrationen bis zum 1. Juni bei einem der Einführenden anzumelden. Spätere Anzeigen können, da die verfügbare Zeit in erster Linie den rechtzeitig angemeldeten Vorträgen vorzubehalten ist, unter Umständen nicht mehr berücksichtigt werden.

Zusammengehörige Vorträge sollen nach Möglichkeit in derselben Sitzung nacheinander zu Gehör gebracht werden. Im übrigen ist für die Reihenfolge die Zeit der Anmeldung maßgebend.

Mit Rücksicht auf die Ziele der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte ist es besonders wünschenswert, daß gemeinsame Sitzungen verwandter Abteilungen stattfinden. Es wird deshalb gebeten, Gegenstände, welche mehrere Abteilungen interessieren, möglichst zu bevorzugen und bereits bei der Anmeldung zum Ausdruck zu bringen, ob die Einladung einer anderen Abteilung gewünscht wird.

Die Einführenden würden für Vortragsanmeldungen, namentlich auch aus dem Gebiete der Neurologie, besonders dankbar sein, weil der Umstand, daß im gleichen

Monat September die Deutsche Gesellschaft für Neurologie in Bern tagt und im Anschluß daran ein internationaler Kongreß für Neurologie ebenda stattfindet, es ihnen besonders schwierig machen wird, entsprechende Vorträge zu gewinnen.

Die Einführenden sind Sanitätsrat Professor Dr. Bruns, Hannover, und Geh. Sanitätsrat Dr. Hesse, Ilten.

— **Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz.** Nach dem 13. Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz hat sich die Mitgliederzahl auch im letzten Jahre wieder erheblich vermehrt. Es sind 119 Ortschaften, 144 Vertrauenspersonen und 2819 zahlende Mitglieder hinzugetreten, so daß der gesamte Mitgliederbestand die ansehnliche Höhe von 23 279 mit 34 524,35 M Jahresbeiträgen erreicht hat. Für Vereinszwecke, die sich auf die Fürsorge für Geisteskranke und geisteskrank gewesene wie aus den Anstalten entlassene Arme und Hilfsbedürftige erstrecken, sind 21 814,73 M verwendet worden; außerdem wurden noch aus der Stiftung des früheren Hilfsvereins für Geisteskranke im Regierungsbezirk Düsseldorf 1120,90 M verteilt. Der Rechnungsabschluß weist in Einnahmen (einschließlich der einmaligen Beiträge usw.) 38 400,18 M, in Ausgaben 28 797,05 M auf, so daß zuzüglich des Bestandes aus dem Vorjahre im Betrage von 97 703,91 M ein Saldo von 104 307,04 M am 1. Februar 1914 vorhanden war. — Mit Genugtuung verzeichnet der Bericht das wachsende Interesse für die Einrichtung von Fürsorgestellen in den größeren Städten. Aus den bezgl. Darlegungen der Fürsorgestellen in Düsseldorf, Essen, Elberfeld und Saarbrücken erhellt die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit sowie die segensreiche Wirksamkeit dieser sozialen Einrichtung, deren Ausbau und Vermehrung warm zu empfehlen ist.

— **Nordostdeutscher Verein für Psychiatrie und Neurologie.** 21. Sitzung in Lauenburg in Pommern im Festsaal der Provinzial-Heil-Anstalt am Sonntag, den 7. Juni 1914, $11^{1}/_{2}$ Uhr vorm.

Tagesordnung: 1. Geschäftliche Mitteilungen und Anträge. 2. Zur Frage der Simulation von Geistesstörungen. Dr. Boldt-Graudenz. 3. Ergebnisse der Abderhalden-Methoden für die Psychiatrie. Dr. Nieszytka-Tapiau. 4. Die für den Psychiater brauchbaren Modifikationen der WaR. Dr. Hieronymus-Lauenburg. 5. Zur Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Dr. Luther-Lauenburg. 6. Über die Ausbildung des Pflegepersonals. Dr. Wickel-Dziekanka. 7. Krankenvorstellungen. Dr. Banse und Dr. Frommer-Lauenburg.

Sonnabend, den 6. Juni, abends 8 Uhr. Begrüßung in Lauenburg (Restaurant Bismarckturm auf der Wilhelmshöhe.) — Sonntag, den 7. Juni, von 9 Uhr früh Besichtigung der Prov.-Heilanstalt; nachher Frühstück, gegeben von der Provinz. — 3 Uhr: Gemeinsames Mittagessen in Lauenburg (Hotel Königl. Hof), Gedeck 3,50 M.

Zum Wohnen werden die Hotels „Königl. Hof" (Verwieb) und „Hotel Katschke" in Lauenburg empfohlen. Hotelwagen am Bahnhof. Sonntag früh $8^{1}/_{2}$ Uhr stehen Kremser und Wagen der Anstalt in der Stadt bereit (auf dem Markte). — Überall ist die Teilnahme der Damen erwünscht. — Um rechtzeitige Anmeldung an Geh. Med.-Rat Direktor Dr. Siemens wird gebeten.

Personalnachrichten.

— **Freiburg** i. Br. Dr. Egon Köppers an der Psychiatrischen Klinik angestellt.

— **Neckargemünd.** Dr. Franz Mugdan als leitender Arzt an Dr. Fischers Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke angestellt.

— **Kork.** Dr. Hermann Vortisch als leitender Arzt der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Kork (Baden) angestellt.

— **Illenau.** Dr. Erich Schneider als Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau angestellt.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg** bei Hamburg. Dr. med. Emil Franz Rudolf Kuenzer, geb. am 15. Oktober 1880 zu Freiburg (Breisgau), ist am 20. Mai 1914 als Volontärarzt hier eingetreten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 10. 6. Juni **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus dem Sanatorium „Fichtenhof", Schlachtensee (Professor Dr. Bödeker).

Über Dial-Ciba, ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel, seine Anwendung bei Psychosen.

Von Dr. **Wernecke.**

In den letzten Jahren ist eine große Anzahl neuer Schlaf- und Beruhigungsmittel auf den Markt gebracht worden, z. T. in dem Bestreben, ein ideales zu schaffen, oder wenigstens das z. Zt. wohl immer noch beste Schlafmittel Veronal-Natrium durch Ersetzen einiger Komponenten desselben durch andere Bestandteile zu vervollkommnen. So ist das Dial-Ciba entstanden, das vor kurzem von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel in den Handel gebracht wurde, die mir eine größere Menge des Mittels zur Verfügung stellte.

Das Mittel ist in Originalröhrchen von je 12 Tabletten à 0,1 Dial für M 1,25 käuflich; die Tabletten sind in der Mitte gekerbt und lassen sich daher gut halbieren. Das Mittel soll

a) als Schlafmittel: 1. bei leichten und mittelschweren Fällen von Schlaflosigkeit auf nervöser Grundlage (1 bis 2 Tabletten); 2. bei Unruhe und Erregungszuständen auf Grund von Psychosen (2 bis 3 Tabletten);
b) als Beruhigungsmittel 3 mal täglich ½ bis 1 Tablette, bei schweren Erregungszuständen 1 bis 2 mal täglich je 1 Tablette

Anwendung finden. Als Höchstdosis in 24 Stunden wird 0,5, also 5 Tabletten angegeben.

Von anderer Seite sind bereits gute Erfolge mit dem Mittel veröffentlicht worden, so hat Fröhlich das Mittel in der Hauptsache bei ambulanten Patienten, die über Schlaflosigkeit als einzelnes Symptom klagten, angewandt, ebenso hat Felix Mayer Dial in der Nervenpoliklinik von Toby Cohn als zuverlässiges und angenehmes Hypnotikum kennen gelernt. Juliusburger hat alle möglichen nervösen Zustände und ausgesprochenen Psychosen damit behandelt. Zülchaur hat Dial als Sedativum und Hypnotikum bei leichten nervösen Zuständen und ausgesprochenen Psychosen benutzt. Die mir überlassenen ca. 1200 Tabletten, die in etwa 500 Dosen gereicht wurden, habe ich ausschließlich bei Psychosen, und zwar 6 mal bei Paralyse, 21 mal bei Katatonie und verwandten Zuständen, 2 mal bei Manisch-depressiven, 3 mal bei Melancholie, je 1 mal bei Hysterie und einer Morphinistin in der Abstinenz verwandt, vorwiegend als Schlafmittel. Das Mittel wurde mit den Ausnahmen, in denen es verweigert oder abgesetzt wurde, 3 bis 4 Wochen lang gegeben.

Dial ist eine Diallylbarbitursäure, die der chemischen Zusammensetzung nach dem Veronal (Diäthylbarbitursäure), Proponal (Dipropylbarbitursäure) und dem Luminal (Phenyläthylbarbitursäure) nahe steht.

Das Präparat wirkt schon in kleineren Dosen hypnotisch als die anderen Derivate der Barbitursäure. Nach den im Laboratorium der Gesellschaft für chemische Industrie gemachten pharmakologischen Versuchen betrug beim Hunde die kleinste hyponotisch wirksame Gabe Dial ein Fünftel von derjenigen der Diäthylbarbitursäure. Nierenreizungen wurden beim Hunde in keinerlei Form, selbst nicht bei chronischen Versuchen, nachgewiesen. Bei vergleichenden Versuchen bei Katzen, die schon normalerweise oft Albumen im Harn zeigen, wurden nach größeren Dialdosen, in länge-



rer Zeitdauer verabreicht, keine stärkeren Erscheinungen von Seiten der Nieren festgestellt, als nach Veronal- oder Luminal-Darreichung.

Auch beim Menschen sollen eingehendere, in dieser Beziehung angestellte Versuche nach therapeutischen Dosen von 0,1 bis 0,2 in der Mehrzahl der Fälle bei nierengesunden Menschen, selbst bei wiederholten Gaben, nicht die geringste im Urin nachweisbare Störung der Nierenfunktion ergeben haben.

Das Mittel wurde in Dosen von 0,1 (diese nur in einem Falle) bis 0,4 gegeben, und zwar stets abends 8 Uhr bald nach dem Abendessen, wie alle Harnstoffderivate in warmer Flüssigkeit. Das Einnehmen der Lösung machte in einigen Fällen Schwierigkeiten. Einige wenige Kranke, die an Veronal-Natrium, das sich bekanntlich ganz klar löst, gewöhnt waren, verweigerten das Mittel, das auch trotz des Zuckerzusatzes erheblich bitterer schmeckt, wie ich mich selbst überzeugt habe. Bereits beim zweiten oder dritten Mal waren die Patienten auch durch energisches Zureden des Arztes nicht zum Trinken zu bewegen. In einem Falle wurde das Mittel eine halbe Stunde nach dem Einnehmen erbrochen, die vorhandene Übelkeit bestand auch noch am nächsten Tage beim Essen fort, so daß das Mittel nach nochmaligem Versuch mit dem gleichen Resultat abgesetzt werden mußte.

Ich will nun in folgendem von den Resultaten berichten, die ich bei den einzelnen Psychosen nach Darreichung von Dial in Bezug auf die Schlafwirkung erzielte:

A. Katatonie, 21 Fälle.

1. Spannungszustand mit explosiven Erregungszuständen. Schlaf mit 1,0 Veronal-Natrium gut, mit 0,3 Dial weniger gut. Erregter, verweigerte das Mittel oft, daher abgesetzt. Mit 1,0 Ver.-Natr. wieder ruhiger.

2. Halluzinatorische Erregungen und Verwirrtheit mittleren Grades. Mit 0,75 Ver.-Natr. oder 3,0 Chloral Schlaf bis ca. 4 Uhr, mit 0,3 Dial Schlaf bis ca. 5 Uhr.

3. Alte Katatonika mit plötzlichen starken Erregungen, Schlaf mit 1,0 Veronal-Natr. gut, mit 0,3 Dial derselbe Erfolg, aber sehr taumelig, bei mehrmaligem Versuch, muß zu Bett bleiben. Mit 0,2 Dial im ganzen ausausreichender Schlaf.

4. Starke ideenflüchtige Erregung (zyklischer Verlauf) mit 1,0 Ver.-Natr. nachts und 3 mal täglich 0,5 Trional im ganzen ruhig. 0,3 Dial versagt, ebenso 0,4 einigemale gegeben vollkommen. Abgesetzt.

5. Ruhig, mit senil-hypochondrischem Negativismus. Mit 0,5 Ver.-Natr. guter Schlaf. Mit 0,3 Dial ebenfalls guter Schlaf.

6. Frischer Fall, leicht manisch, halluzinatorisch verwirrt. Mit 1,0 Ver.-Natr. guter Schlaf. Mit 0,3 Dial dasselbe.

7. Apathische Demenz mit interkurrenten Erregungszuständen. Mit 0,2 Dial ebenso guter Schlaf wie nach 0,5 Ver.-Natr.

8. Gleicher Fall. Mit 0,2 Dial besserer Schlaf wie nach 2,0 Chloral.

9. Gleicher Fall. Mit 0,2 Dial derselbe gute Schlaf wie nach 0,5 Ver.-Natr.

10. Gleicher Fall, mit einzelnen Erregungszuständen. Mit 1,0 Ver.-Natr. guter Schlaf. 0,2 bis 0,3 Dial versagen, nach 0,4 leichter Schwächezustand am nächsten Vormittag. Erholt sich bald. Mit 0,3 Dial dann guter Schlaf.

11. Gleicher Fall, mit gelegentlichen, sehr heftigen halluzinatorischen Erregungszuständen. Mit 1,0 Ver.-Natr. guter Schlaf. Mit 0,4 Dial, 3 Wochen lang ohne Beschwerden gegeben, guter Schlaf.

12. Halluz. Spannung. Negativismus. Mittlere Erregung. Mit 1,0 Ver.-Natr. guter Schlaf. 0,2 Dial versagt, nach 0,3 viel unruhiger als vorher. Nach 3 wöchentlicher Darreichung von Dial epileptischer Anfall; der Kranke hatte vorher niemals einen solchen gehabt. Dial abgesetzt.

13. Stärkste halluz. Erregung. Selbst 0,4 Dial versagte vollkommen wie 1,0 Ver.-Natr. Erfolg nur mit Hyoscin-Morphium.

14. Demenz. Explosive Erregungszustände. Mit 0,2 Dial derselbe gute Schlaf wie mit 2,0 Chloral.

15. Ruhig mit gelegentlichen mittleren kurzen Erregungszuständen. Mit 0,2 Dial derselbe gute Schlaf wie mit 0,5 Ver.-Natr.

16. Paranoide Demenz. Massenhafte Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Mit 0,5 Ver.-Natr. guter Schlaf, 0,2 Dial bewirkt dasselbe, wird jedoch am 6. Tage wegen des Geschmacks abgelehnt, so daß wieder Ver.-Natr. gegeben werden muß.

17. Lebhafte Halluzinationen. Häufige mittlere Erregungszustände. Schläft mit 0,2 Dial ebensogut wie mit 2,0 Chloral.

18. Lebhafte Halluzinationen. Schläft nach 2,0 Chloral gut, 0,2 Dial bewirkt dasselbe. — Zur Charakterisierung des Falles sei jedoch bemerkt, daß am 4. Tage früh Fieber, Schmerzen in der Nierengegend, hämorrhagische Nephritis einsetzt. Remittierendes Fieber bis 39,3°. Steile Zacken. Ödeme, 250 ccm Urin, im Urin sehr reichlich Albumen. Oft durch Eßbach nicht meßbar, reichlich Zylinder aller Arten. Auf strenge Diät allmähliche Besserung. Am 18. Tage fieberfrei. In den nächsten Tagen sinkt die Urinmenge mehr und mehr. Sistiert trotz aller medikamentösen und physikalischen Maßnahmen ganz, es entwickelt sich unter zunehmenden Erscheinungen eine chronische Urämie, am 29. Krankheitstage tritt Exitus ein. Sektion wurde nicht gemacht. — Aus der Vorgeschichte der Kranken habe ich folgendes erfahren: Vor 33 Jahren Partus illegitimus, Infectio negatur, als Kind Scharlach. 1908 acht Wochen in Krankenhausbehandlung wegen eines Ulkus auf der Brust und einer Nephritis. In der Krankengeschichte wird es als zweifelhaft bezeichnet, ob das Ulkus spezifisch war. Die Kranke wurde jedenfalls mit Schmierkur und Jodkali behandelt, das Ulkus mit feuchten und Salbenverbänden, worauf nach acht Wochen eine Heilung desselben ein-



trat. Die Kranke, die bei der Aufnahme 1/2 p. M. Albumen und Zylinder hatte, wurde mit Spuren Albumen, aber ohne Zylinder entlassen. Bei einer Untersuchung am 2. Juli 1913 soll der Urin eiweißfrei gewesen sein. Bei der Aufnahme am 12. Dezember war eine Spur Eiweiß vorhanden. Im Eßbach-Glas ein ganz geringer Bodensatz. Nach meiner Meinung hat es sich wohl um eine chronische Nephritis gehandelt, die eine akute Exazerbation durchmachte, an der die Kranke zugrunde ging. Dieser Todesfall kann dem Dial nicht zur Last gelegt werden.

19. Andauernde Halluzinationen, besonders auch nachts, bei äußerlich ruhigem Verhalten. Mit 0,5 Ver.-Natr. gut geschlafen. Mit 0,2 Dial dasselbe. Am 11. Tage verweigert Patientin das Mittel, behauptet am nächsten Tage nicht so frisch, sondern dösig zu sein.

20. Andauernde Halluzinationen, mit vielfachen lebhaften Erregungszuständen. Schläft mit 0,3 Luminal, abgesehen von kurzen Erregungszuständen, gut. Verweigert das Mittel nach einmaligem Nehmen, aus unbekannter Ursache. Hatte ebensogut nach 0,3 Dial geschlafen, will aber wieder Luminal nehmen.

21. Massenhafte Halluzinationen mit vereinzelten explosiven Erregungszuständen. Schläft mit 0,2 Dial wie vorher mit 2,0 Chloral gut.

B. Paralyse, 6 Fälle.

22. Ruhig dement, schlief mit 0,5 Ver.-Natr. oder 2,0 bis 3,0 Chloral schlecht, mit 1,0 Ver.-Natr. befriedigend. 0,2 Dial ohne Erfolg. 0,3 Dial bewirkt nur stundenweise Schlaf, allerdings besser als nach 0,5 Ver.-Natr.

23. Ruhig dement, Endstadium. Mit 0,2 Dial derselbe gute Schlaf wie mit 2,0 Chloral vorher.

24. Höhestadium, Exaltation. Schläft mit 1,0 Ver.-Natr. oder 8,0 Paraldehyd leidlich, 0,2 bis 0,4 Dial ohne Erfolg, besonders taumeliger Gang.

25. Höhestadium, mäßige Exaltation. Schläft mit 1,0 Ver.-Natr. leidlich, etwas schlechter mit 8,0 Paraldehyd. 0,2 bis 0,4 Dial ohne Erfolg, besonders taumeliger Gang.

26. Höhestadium, hypochondrische und halluzinatorische Depression. Schläft mit 0,5 Ver.-Natr. leidlich, nimmt es ohne Widerstand. Schläft mit 0,2 Dial schlechter als sonst, am 2. Abend verweigert er das Mittel energisch.

27. Taboparalyse, Endstadium. Mit 0,5 Ver.-Natr. leidlicher Schlaf. 0,2 Dial ohne Erfolg.

C. Melancholie, 3 Fälle.

28. Schwere Melancholie mit heftigen Verarmungsideen, hartnäckiger Schlaflosigkeit, dazu eine fast jeder Behandlung trotzende Furunkulose. Schlief mit 1,0 Ver.-Natr. und 3 mal täglich Opium von 10 bis 4 Uhr. Erhielt dann häufig noch 0,15 Luminal, worauf dann nochmals Schlaf bis gegen Morgen meist erfolgte. Mit 0,3 Dial nur 3 Stunden Schlaf, nach 0,4 nur 4 Stunden, aber am nächsten Tage Druck im Kopf und Appetitlosigkeit. Daher abgesetzt.

29. Versündigungsideen, mehrfache Suizidversuche. Schläft mit 0,75 bis 1,0 Ver.-Natr. und 3 mal tägl. Opium gut, von 9—6 Uhr. Nach 0,3 Dial ebenfalls guter Schlaf, jedoch dösig, benommen. Nach 0,2 Dial wiederholt wach, aber immer wieder eingeschlafen, so 3 Tage lang, dann 3 Tage guter Schlaf. Dann 2 Tage unruhiger Schlaf, zunehmende Klagen über Übelkeit, Appetitlosigkeit, Dösigkeit. Nach Aussetzen und nochmaligem Versuch dasselbe. Daher abgesetzt. Mit Ver.-Natr. guter Schlaf ohne Folgen.

30. Verarmungsideen, leichte Angstzustände, leichte Schlaflosigkeit. Schlaf mit 0,1 bis 0,2 Dial gut. Wochenlang ohne Störung gegeben.

D. Manisch-depressiv, 2 Fälle.

31. Depressive Phrase. Stark gehemmt, hypochondrische Ideen, Spannung. 0,2 Dial bewirken in relativ guten Zeiten, wie vorher 0,5 Ver.-Natr. guten Schlaf.

32. Depressive Phase. Heftige Erregungs- und Angstzustände, auf Grund lebhafter Halluzinationen und Wahnideen. Nach 1,0 Ver.-Natr. im ganzen guter Schlaf. Nach 7 mal 0,2 Dial ca. 3 Stunden Schlaf. Nach 7 mal 0,3 Dial ca. 4 Stunden Schlaf. Nach 13 mal 0,4 Dial im ganzen guter Schlaf, keine körperlichen Störungen.

E. Hysterie, 1 Fall.

33. 0,2 bis 0,3 Dial ohne jeden Erfolg. 0,4 Dial (12 mal ohne körperliche Störung gegeben) bewirken durchschnittlich Schlaf von 10 bis 1 Uhr. Jedoch dazwischen Nächte, in denen die Kranke nicht schläft, stöhnt, jammert. Mit 1,0 Ver.-Natr. die ganze Nacht ruhig, den größten Teil geschlafen.

F. Morphium-Entziehung, 1 Fall.

34. Ganz langsame Entziehung, bekommt am Schluß abwechselnd, ohne daß sie weiß, was es ist, Adalin, Luminal, Ver.-Natr., Dial. Luminal und Dial werden regelmäßig eine halbe Stunde nach dem Einnehmen erbrochen.

Dies sind meine 34 Fälle, auf Grund deren ich mir ein abschließendes Urteil natürlich nicht gestatten darf. Das Mittel muß natürlich weiterhin klinisch geprüft werden. Da ich die Wirkung bei den einzelnen Patienten bereits in vorstehendem erwähnt habe, kann ich mich darauf beschränken, die daraus gewonnenen Resultate zusammenzufassen. Dem Urteil von Juliusburger kann ich mich nicht ganz anschließen, sondern möchte eher dem Urteil Fröhlichs nahekommen, nach welchem das Dial ein sehr brauchbares Mittel ist, das man unbedenklich auch da anwenden darf, wo andere Mittel schon versagt haben, oder wo es darauf ankommt, mit einem Mittel zu wechseln, um eine Gewöhnung zu verhüten. Jedoch hat es nach meinen Erfahrungen in der Psychiatrie nur Wert und Erfolg bei leichteren und mittelschweren Erregungszuständen und mittelschwerer Schlaflosigkeit, das heißt in Fällen, wo man mit 0,2 und 0,3 Dial auskommt.

Nach Dosen von 0,2 und 0,3 Dial habe ich in 19 Fällen von leichter und mittelschwerer Schlaflosig-



keit, die sich auf vorgeschrittene Katatonien und paranoide Demenzen, Melancholie, Manisch-Depressive verteilten, die vorher mit 0,5 bis 1,0 Ver.-Ntr. oder 2,0 Chloral gut schliefen, denselben, zum Teil besseren Effekt auf den Schlaf, wie nach den oben genannten Mitteln, gesehen. Die eine Melancholie schlief sogar zeitweise schon nach 0,1 Dial, übrigens die einzige Patientin, bei der ich zeitweise mit 0,1 auskam. Unter diesen 19 Kranken verweigerten 2 Patienten das Mittel, der eine aus Geschmacksgründen, der andere fühlte sich nach 0,2 benommen. In dem Nephritis-Fall setzte ich natürlich das Dial ab. Sonstige körperliche Störungen habe ich in diesen 19 Fällen nicht gesehen.

Die Dosis von 0,4 war in je einem Falle von manisch-depressivem Irresein und Katatonie sehr zufriedenstellend; in dem einen Fall sah ich trotz heftiger Angstzustände einen recht guten Erfolg, ohne körperliche Störung, bei 0,4 Dial, 2 Wochen lang gegeben.

Bei schweren psychomotorischen Erregungszuständen, bei Paralytikern, bei der Hysterie, wo ich mit Veronal-Natrium teils gute, teils weniger gute Wirkung sah, konnte ich mit 0,2 bis 0,4 Dial keine oder nur mäßige Schlafwirkung erzielen.

Wenn ich die körperlichen Nebensymptome zusammenfasse, so ergibt sich, daß unter den 34 Fällen drei Kranke über Dösigkeit, Benommenheit, Kopfdruck, Schwindelgefühl klagten, so daß das Mittel ausgesetzt und schließlich abgesetzt werden mußte. In einem Falle (Morphinistin) trat wiederholt Übelkeit und Erbrechen nach 0,2 Dial ein, so daß nach mehrmaligem Versuch zu anderen Mitteln zurückgegriffen werden mußte. Bei 3 Kranken wurde nach 0,3 bis 0,4 Dial taumeliger Gang beobachtet, zwar handelte es sich u. a. auch um zwei Paralytiker, bei denen viele Schlafmittel bei längerer Darreichungsweise diese Erscheinung auslösen. Bei einem Patienten erlebte ich einen leichten Schwächezustand nach 0,4 Dial. Nierenschädigungen sah ich niemals. Ein Exanthem, masernähnlich, jedoch ohne Fieber, sah ich bei einem Kranken nach Gaben von 0,3 bis 0,4. Nach Luminal trat es ebenso auf, verblaßte beide Male wenige Tage nach Aussetzen des Mittels.

Ob Dial epileptische Anfälle verhindert, konnte ich nicht prüfen. Im Falle 12 handelte es sich um einen bereits seit 4½ Jahren kranken Katatoniker, der zum ersten Mal einen typischen epileptischen Anfall erlitt, obwohl er regelmäßig 0,3 Dial drei Wochen lang erhielt.

Schlußfolgerungen.

Das Dial ist bei Geisteskranken in leichteren und mittelschweren Fällen von Schlaflosigkeit, in denen man mit Dosen von 0,1 bis 0,2 bis 0,3 auskommt, ein brauchbares Hypnotikum, das ohne körperliche Störungen zu verursachen, dem Veronal-Natrium an die Seite gestellt werden kann.

Bei sehr schweren Erregungen und Unruhezuständen und hartnäckiger Schlaflosigkeit versagt Dial zum großen Teil, ruft auch, *wenn auch nur* vorübergehend, Nebenerscheinungen hervor.

Das Mittel wirkt in kleineren Dosen als die sonstigen Derivate der Barbitursäure, ist daher wegen seiner Billigkeit zu berücksichtigen.

Literatur.

1. Juliusburger, Berl. klin. Woch. 1914 S. 14.
2. Fröhlich, Therapie der Gegenwart 1914 Heft 4.
3. Züllchaur, Deut. med. Woch. 1914 S. 19.
4. Mayer, Neur. Zentralbl. 1914 Nr. 9.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Dreizehnte Folge.

Aus der Literatur des Jahres 1913 zusammengestellt von Privatdozent Dr. **Otto Klieneberger**, Oberarzt an der Universitäts-Nervenklinik Göttingen.

(Schluß.)

VIII. Verwaltungsrecht.

(Art. 7 Abs. II VerwGG. vom 8. August 1878 in der Fassung des Art. 165 des BayAGBGB. vom 9. Juni 1899.)

Unter Ausübung öffentlicher Gewalt fällt jede obrigkeitliche, sowie auch jede sonstige auf Verwirklichung von öffentlichen Staats- oder Verbands-Zwecken gerichtete, mit gewissen Zwangsbefugnissen ausgestattete Amtstätigkeit. Städtische Irrenanstalten dienen wie städtische Armen- und Krankenhäuser Aufgaben der öffentlichen Armenpflege, erstere teilweise auch den Interessen der öffentlichen Sicherheit und somit öffentlichen Zwecken. Die mit Zwangsbefugnissen ausgestattete Amtstätigkeit des Direktors einer Kreisirrenanstalt in Bezug auf Überwachung der in der Anstalt untergebrachten Geisteskranken ist als Ausübung anvertrauter öffentlicher Gewalt zu erachten. Diese



Amtsgewalt erstreckt sich auf alle in der Anstalt Untergebrachten, mithin auch auf die freiwillig Eintretenden. (Bay. VGH., 9. Juli 1913, I 168/11.)
D. R. Nr. 22 S. 755.

IX. Versicherungsrecht.

Zum Begriff des „Unfalles".

Dem Rechtsmittel des Klägers konnte der Erfolg nicht versagt werden. Nach § 1 der allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten ist als Unfall eine Körperverletzung anzusehen, die der Versicherte durch eine unabhängig von seinem Willen eintretende, plötzliche und gewaltsame äußere mechanische Einwirkung erleidet und die sofort oder binnen Jahresfrist unmittelbar und allein, ohne Mitwirkung anderer Ursachen den Tod des Versicherten herbeiführt oder seine Arbeitsfähigkeit bleibend oder vorübergehend aufhebt oder einschränkt. Als eine gewaltsame äußere mechanische Einwirkung in diesem Sinne kann, wie auch der Ber.-R. annimmt, unter Umständen auch eine freiwillig gewollte körperliche Anstrengung des Versicherten selbst zur Überwindung eines äußeren Widerstandes angesehen werden. Freilich wird nicht jede einem solchen Zweck dienende Eigenbewegung des Versicherten, die in ihrer Art oder durch ihre längere Dauer die Kräfte desselben übersteigt und deshalb im schließlichen Ausgange nachteilige Folgen für seine körperliche Integrität nach sich zieht, als ein Unfall im Sinne des Versicherungsvertrages gelten können. Nach den Versicherungsbedingungen muß vielmehr hinzukommen, daß die Einwirkung unabhängig vom Willen des Versicherten, und zwar plötzlich eingetreten ist. Nur eine solche durch eine freiwillige Eigenbewegung des Versicherten hervorgerufene Überanstrengung mit ihren nachteiligen Folgen kann mithin genügen, bei der sich der Versicherte der Gefährlichkeit seines Tuns nicht hinreichend bewußt gewesen ist und die sich zugleich als eine plötzliche Einwirkung auf den Körper des Versicherten beziehentlich auf bestimmte Teile des Körpers oder des Körperinnern darstellt. Dazu genügt nicht der plötzliche Eintritt einer nachteiligen Wirkung, vielmehr muß, wie der Vorderrichter zutreffend ausführt, die Ursache plötzlich, also mit einer gewissen Schnelligkeit und überraschend eingetreten sein. Handelt es sich, wie im gegebenen Falle, um eine dem Versicherten bereits bekannte, durch Übung geläufig gewordene Anstrengung, so wird das Erfordernis der Plötzlichkeit regelmäßig nur dann als gegeben angesehen werden können, wenn im Verlaufe der Eigenbewegung des Verletzten infolge eines unerwartet und schnell hervorgetretenen unvorhergesehenen Ereignisses, insbesondere eines plötzlichen und unerwarteten äußeren Widerstands die Bewegung selbst einen nicht von Anfang an vorgesehenen Verlauf genommen und dadurch eine nachteilige Einwirkung auf den Körper des Versicherten hervorgerufen hat. Auch das hat der Ber.-R. nicht verkannt. Zur Aufhebung des angefochtenen Urteils führte die Erwägung, daß die Frage, ob im vorliegenden Falle beim Zudecken des Eisenbahnwagens mit einer schweren Plane eine plötzliche Einwirkung auf den Körper des Klägers in dem dargelegten Sinne stattgefunden hat, im angefochtenen Urteil mit unzureichenden Gründen verneint worden ist. Das BG. hat sich, wie aus der Urteilsbegründung hervorgeht, bei der Prüfung dieser Frage im wesentlichen lediglich auf die Angaben des Klägers gestützt, der trotz Befragung nicht geltend zu machen vermocht hat, daß beim Hantieren mit der Plane irgendein unerwartetes Hindernis aufgetreten sei, das ihn zu einer unvorhergesehenen Körperbewegung oder Kraftanstrengung veranlaßt habe. Nach der Darstellung des Klägers bestand die von ihm ausgeführte Arbeit darin, daß er die ihm von seinen Arbeitern auf den Eisenbahnwagen heraufgereichte Plane oben in Empfang nahm und, um ihren Verschluß oben heraufzubringen und sie festzumachen, herumhob, was bei dem großen Gewicht der Plane eine ziemlich anstrengende Arbeit war; als er sich nach Vollendung der Arbeit wieder aufrichten wollte, verspürte er heftige Schmerzen im Leib und Rücken und mußte schon auf dem Heimweg einige Male Blut ausspeien. Es ist nicht ersichtlich und wird zu prüfen sein, ob nicht die Notwendigkeit, die Plane h e r u m z u h e b e n, um ihren Verschluß oben heraufzubringen und sie festzumachen, auf einer ungewöhnlichen und unerwarteten Art des Heraufreichens der Plane seitens der Arbeiter beruhte und den Kläger zu einer von ihm nicht vorausgesehenen plötzlichen Anstrengung nötigte, die möglicherweise den Unfall herbeigeführt hat, ohne daß sich der Kläger dieses ursächlichen Zusammenhanges der eingetretenen Körperverletzung mit dieser Körperbewegung bewußt geworden wäre. Weiter wird aber der Vorfall in seinem ganzen Verlauf näher zu erörtern und festzustellen sein, damit sich erkennen läßt, ob in dem Verlaufe desselben ein Moment hervortritt, das eine plötzliche, vorher nicht gewollte Kraftanstrengung veranlaßt und die behauptete Körperverletzung herbeigeführt hat. (R. c. A., U. v. 28. Februar 1913, 301/12 VII. Stuttgart.)
J. W. Nr. 10 S. 551.

§ 18.

Die wissentlich unrichtige Beantwortung der



vom Versicherer vor Eingehung der Versicherung gestellten Fragen ist nicht schon dann entschuldbar, wenn der Antragsteller die Fragen für unerheblich für den Versicherungsabschluß gehalten hat. (RG. VII, 22. November 1912.) D. R. Entsch. Nr. 424.

X. Heimatrecht.

Die Freiwilligkeit des Aufenthaltes (Art. 6 Abs. I, Art. 7 Abs. 1 des Heimat-G. vom 16. April 1868 i. d. F. vom 30. Juli 1899) ist im allgemeinen bedingt durch die rechtliche Möglichkeit, den Aufenthalt nach eigener Entschließung jederzeit wechseln zu können; letztere hat die persönliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Aufenthaltes zur Voraussetzung. Für die Beurteilung der Frage, ob diese im natürlichen Sinne zu verstehende Willensfähigkeit im einzelnen Falle gegeben ist, muß dem Gutachten der ärztlichen Sachverständigen naturgemäß eine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. (Bay. VGH., 19. März 1913.)

D. R. Nr. 14 S. 475.

Art. 6, 7 des Heimat-G. vom 16. April 1868 i. d. F. vom 30. Juli 1899.

Der freiwillige Aufenthalt im Sinne Art. 6, 7 Heimat-G. hat die persönliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Willensfreiheit hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltes zur Voraussetzung. Ob demgemäß der Aufenthalt eines Geisteskranken in diesem Sinne noch als ein freiwilliger erachtet werden kann, muß nach den Umständen des einzelnen Falles beurteilt werden. Dabei sind vorübergehende Unterbrechungen der Freiwilligkeit des Aufenthaltes, ebenso wie vorübergehende Unterbrechungen des Aufenthaltes selbst ohne nachteiligen Einfluß auf die erhobenen Heimatansprüche. Bei der Würdigung der Frage, ob bei einem Geisteskranken anzunehmen ist, daß ihm die Fähigkeit, über seinen Aufenthalt selbst und frei zu bestimmen, zukomme oder nicht, ist dem Gutachten ärztlicher Sachverständiger ausschlaggebendes Gewicht beizumessen. (Bay. VGH., 14. Mai 1913.)

D. R. Nr. 20 S. 682.

XI. Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger.

§ 21.

Die bloße Verabreichung von Essen und Kleidungsstücken an einen entwichenen Fürsorgezögling stellt keineswegs ohne weiteres und notwendig eine Beihilfe zur Entziehung aus der Fürsorgeerziehung dar, zumal dann nicht, wenn sie lediglich aus Mitleid erfolgt ist, d. h. in der bloßen Absicht, den Fürsorgezögling vor Hunger und Kälte zu schützen. (RG. III, 26. Oktober 1911.) Jahrb. 1912 S. 378.

§ 21.

Das bloße Verschweigen des den Eltern bekannten Aufenthalts des entwichenen Fürsorgezöglings seitens der Eltern stellt kein „Entziehen der Fürsorgeerziehung" dar. Auch die Bestimmungen des BGB. über die elterliche Gewalt begründen keine Verpflichtung der Eltern zur Auskunftserteilung, da ihnen das Sorgerecht im wesentlichen entzogen ist. (RG. IV, 19. März 1912.)

Jahrb. 1912 S. 378.

XII. Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896.

Unter einem Bericht ist die von einem Fachmanne geschriebene Wiedergabe der im Laufe einer Krankheit hervortretenden und auf sie Bezug habenden konkreten Tatsachen zu verstehen, die immer in gewisser Weise ein technisches Urteil enthalten muß, und zwar deswegen, weil nur ein Fachmannn beurteilen kann, welche während der Krankheit in die Erscheinung getretenen Tatsachen für ihre Beurteilung und Behandlung in Betracht kommen.

Ein Gutachten ist dagegen die Subsummation dieser konkreten Tatsachen unter die allgemeinen Obersätze und die Erfahrungssätze der ärztlichen Wissenschaft. Ein begründetes Gutachten muß eine eingehende wissenschaftliche Begründung enthalten; es muß auch im einzelnen die Erwägungen anführen, die den Sachverständigen zu dem Resultat geführt haben, und insbesondere die Grundsätze der Wissenschaft und, wenn diese in der Wissenschaft nicht feststehen, die verschiedenen Sätze der Wissenschaft aufstellen und die Gründe dafür angeben, aus denen der Sachverständige den von ihm gebilligten Satz als den richtigen anerkennt; alles in Vollständigkeit, so daß ein Nachprüfen durch andere Sachverständige möglich ist. (LG. Magdeburg, 7. März 1913.)

Z. f. M. Rechtsprechung Nr. 18 S. 218.

XIII. Beamtenfürsorgegesetz vom 2. Juli 1902.

Zu § 1 Abs. 3. Die Revision meint, der § 1 Abs. 3 setze voraus, daß der Verletzte an einem chronischen Zustande der Hilflosigkeit leide; den Gegensatz bilde ein Zustand, worin vereinzelte Fälle von Hilflosigkeit vorkämen, wie solche bei Fallsüchtigen, Gichtleidenden usw. einzutreten pflegten. Daß es sich aber bei dem Kläger nur um solche verein-



zelte Anfälle handelte, bezweifle auch das Berufungsgericht nicht. Es entspreche aber nicht dem Gesetze, aus solchen Einzelvorfällen durch Zusammenrechnung eine chronische Hilflosigkeit herzustellen. Diese Angriffe sind verfehlt. Allerdings setzt die Anwendung des Abs. 3 des § 1 des Beamtenfürsorgegesetzes einen „gewissen Dauerzustand der Hilflosigkeit" voraus. Vgl. Begründung zu § 1 des gleichlautenden Reichsgesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen in der Fassung des Gesetzes vom 18. Juni 1901, dem das preußische Gesetz nachgebildet ist, Drucks. des Reichstages 1900/1901 Nr. 176 S. 8 und 9. Ein solcher Dauerzustand kann aber auch darin bestehen, daß in längeren oder kürzeren Zeitabschnitten, die sich namentlich nach der Gestaltung der Witterung richten, regelmäßig gewisse körperliche Erscheinungen auftreten, die für den Leidenden fremde Wartung und Pflege dergestalt erforderlich machen, daß er ohne sie nicht bestehen könnte. Gerade in der mit Sicherheit zu erwartenden, wenn auch in bezug auf den Zeitpunkt ihres Auftretens nicht im voraus bestimmbaren Wiederholung solcher Zeitabschnitte liegt dann der vom Gesetze vorausgesetzte Dauerzustand der Hilflosigkeit. (RG. III. ZS., 20. Juni 1913.) D. R. Nr. 17 S. 564.

XIV. Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb.

§ 1.

Handelt es sich im wirtschaftlichen Kampfe zweier großen Interessengruppen — Alkoholfreunde und Alkoholgegner — um Fragen von allgemeinem Interesse und grundverschiedener Anschauung, so ist dieser Gesichtspunkt bei Beurteilung der Frage, ob ein Verstoß gegen die guten Sitten vorliegt, zu berücksichtigen.

Der Entscheidung des Berufungsgerichts liegt die Auffassung zugrunde, daß es sich bei dem Streitfalle um einen wirtschaftlichen Kampf zweier großer Interessengruppen handelt, nämlich einesteils der Gegner des Alkohols und der von ihren Bestrebungen jedenfalls Nutzen ziehenden Vertreter derjenigen Geschäfte, die alkoholfreie Getränke vertreiben, anderenteils derjenigen Gewerbetreibenden, die alkoholhaltige Getränke, namentlich Bier und Wein, verkaufen, und daß dieser Kampf bei der Wichtigkeit der einander entgegenstehenden Interessen hüben und drüben scharfe Formen angenommen hat. Nun können zwar auch derartige wirtschaftliche Kämpfe großer Interessengruppen durch die Wahl der Kampfmittel in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise ausarten, und es liegt deshalb kein Grund vor, auf sie grundsätzlich die Anwendbarkeit des UnlWG. auszuschließen. Immerhin ist jedoch der Umstand, daß es sich um Fragen von allgemeinem Interesse und von grundverschiedener Anschauung handelt, bei Entscheidung des einzelnen Streitfalles von Bedeutung und bei Würdigung der Art und Weise der Führung des Kampfes nicht außer Betracht zu lassen (RG. II, 7. Februar 1913.)

D. R. Entsch. Nr. 1043.

§ 4.

Die unwahre Bezeichnung als „gerichtlicher Sachverständiger" enthält eine unwahre Angabe über geschäftliche Verhältnisse. (RG. II, 12. Dezember 1911.) Jahrb. 1912 S. 274.

Übersicht.

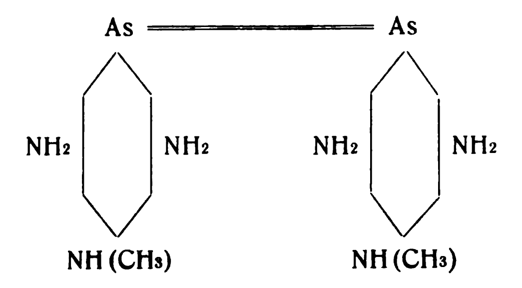
I. Strafgesetzbuch: §§ 48/55; 51; 141; 156; 163; 175; 176; 186; 230; 347; 359; 361.
II. Strafprozeßordnung: §§ 44; 57; 81; 237; 255.
III. Militärstrafgesetzbuch: §§ 94; 98.
IV. Militärstrafgesetzordnung: §§ 221; 447.
V. Bürgerliches Gesetzbuch: §§ 6 Nr. 1 und 3; 104; 249; 249/843; 254/827; 254; 276; 278; 305/157; 319; 812; 823/827; 823; 831; 832; 842/843; § 847; 1304; 1333/1334; 1334; 1353; 1568; 1570; 1901; 1906; 1909; 1910.
VI. Zivilprozeßordnung: §§ 286; 286/549; 308; 406; 650; 653; 660; 669.
VII. Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit: §§ 20; 36; 57.
VIII. Verwaltungsrecht: Art. 7.
IX. Versicherungsrecht: Zum Begriffe des „Unfalles"; § 18.
X. Heimatrecht: Art. 6, 7.
XI. Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger: § 21.
XII. Gebührenordnung.
XIII. Beamtenfürsorgegesetz: § 1.
§§ 1; 4.
XIV. Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb: § 1.



Über Erfahrungen mit einem neuen Arsenpräparat: Arsalyt.

Von Dr. **Brückner**, Hamburg-Langenhorn.

In der Nr. 20 der Münchener Medizinischen Wochenschrift von 1913 berichtete Giemsa über ein neues, Arsalyt genanntes Arsenpräparat, das Bismethylaminotetraminoarsenobenzol, dessen Konstitution aus nachstehender Formel erhellt:



Der Arsengehalt des salzsauren Salzes beträgt 26,5%. Das Arsalyt selbst stellt eine gelbe, schwach alkalisch reagierende Flüssigkeit dar, die mit Blutserum eine klare Mischung gibt.

Es wird von der Firma Boehringer & Söhne (Mannheim) als gebrauchsfertige Lösung in Ampullen dargestellt und ist anscheinend von unbegrenzter Haltbarkeit.

Bei Luftzutritt oxydiert es unter Braunfärbung sehr rasch, wodurch seine Toxizität gesteigert wird.

Es ist also eine sofortige Anwendung nach Öffnung der Ampullen erforderlich.

Im Gegensatz zum Salvarsan hat das Arsalyt eine starke Neigung, unter Trübwerden zu dissoziieren. Es ist also die Anwendung des Mittels in der konzentrierten Form, wie es in der Ampulle geboten wird, erforderlich.

Die Tierversuche mit Arsalyt bei Spirochäten-Krankheiten ergaben sehr günstige Resultate.

Beim Kaninchen ergab sich als Verhältnis der Dosis curativa zur tolerata: $\frac{c}{t} = \frac{1}{12,7}$ (beim Dioxydiamidoarsenobenzol = $1/7$ bis $1/10$. Als dosis tolerata wurden ermittelt beim Kaninchen 0,14 g pro kg Tier, beim Affen 0,08.

Nachdem Werner und Mühlens am tropenhygienischen Institut bei einigen Fällen von Menschensyphilis Arsalyt mit Erfolg benutzt hatten, wandte Hahn[1]) am Krankenhaus St. Georg das Mittel zunächst intramuskulär an. Erfolge und Nebenerscheinungen waren ähnlich wie beim Salvarsan; nur waren letztere im allgemeinen geringer. Abszedierung trat nur einmal auf. Schmerzen waren, wo sie überhaupt auftraten, nach wenigen Stunden verschwunden. Doch wurde die Methode zunächst verlassen, als eine Patientin unter epileptiformen Krämpfen im Koma zugrunde gegangen war.

Nachdem das Präparat inzwischen noch verbessert war, begann ich auf Giemsas Wunsch mit intravenösen Injektionen, deren Applikation bei der konzentrierten Anwendung des Mittels mit der Reformspritze außerordentlich einfach ist. Bei höheren Dosen füllte ich zwei Luersche Spritzen, gab erst die eine und armierte alsdann die liegen gelassene Nadel mit der zweiten. Da der Luftzutritt zur gefüllten Spritze minimal ist, besteht auch hierbei keine Gefahr der Oxydation.

Auf diese Weise wurden im ganzen 100 Injektionen, meist an Paralytikern, gemacht.

Die von Dr. Giemsa anfänglich angegebene Dosis von 0,3 wurde stets ohne irgendwelche Reaktion vertragen, so daß wir die Dosis bald auf ein Vielfaches steigern konnten. Die höchste Dosis betrug 2,4 Arsalyt, = 0,04 pro kg Mensch. Dabei traten zweimal Kopfschmerzen und Erbrechen auf. Temperatursteigerung wurde bei 100 *Injektionen* nur einmal, und auch hier nicht mehr als 38° im Rektum beobachtet. Im Einzelnen wurden gegeben Dosen von 0,4 bis 1,0 des Präparates 50 mal, 1,0 bis 2,0 10 mal, über 2,0 5 mal.

Intensiv behandelt wurden 6 Fälle, die 6 bis 10 Injektionen bis zu 2,0 erhielten mit acht- bis dreitägigen Intervallen. Diese Kuren wurden anstandslos vertragen. Wie weit und ob überhaupt bei den behandelten Paralysen eine Besserung erzielt wurde, läßt sich vorerst nicht entscheiden. — Erwähnt sei nur, daß in 2 von diesen 6 Fällen der Titer der Wassermannschen Reaktion auf $1/10$ seines früheren Wertes sank unter gleichzeitigem Rückgang der Pleozytose, und daß in einem 3. Fall bei Stationärbleiben der Pleozytose eine Wassermannsche Reaktion, die vor der Behandlung bei 0,5 im Liquor positiv war, überhaupt nicht mehr zu erzielen war.

Das Wesentliche meiner Feststellungen konnte in Anbetracht meines Materials nur die Tatsache sein, daß das Arsalyt in verhältnismäßig sehr hohen Dosen gut vertragen wurde, daß ihm keine kumulierende Wirkungen zukommen, und daß anaphylaktische Erscheinungen nicht beobachtet wurden.

Nach diesen günstigen Erfahrungen hat dann Hahn seine Versuche mit Arsalyt wieder aufgenommen; und er konnte bereits im Februar dieses

[1]) Mitgeteilt im Ärztlichen Verein zu Hamburg; Februar 1914.



Jahres über 1000 Injektionen berichten, die an 225 Patienten vorgenommen waren. 48 mal kamen Temperatursteigerungen vor, darunter 7 mal über 39 °. Etwa 30 mal traten Störungen, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Durchfälle auf, einmal Krämpfe und Benommenheit. Nach Hahn beseitigt das Arsalyt die syphilitischen Erscheinungen in derselben Weise wie Salvarsan, ist aber in bezug auf seine Nebenwirkungen entschieden weniger gefährlich.

Auch an der Neißerschen Klinik in Breslau sind gegenwärtig Versuche mit Arsalyt im großen Umfange im Gange.

Seine Vorzüge vor dem Salvarsan sind folgende:

Es kommt gebrauchsfertig aus der Fabrik und ist anscheinend unbegrenzt haltbar. Glas- und Wasserfehler kommen bei der konzentrierten Anwendung des Präparates so gut wie nicht in Frage.

Seine Schmerzhaftigkeit bei Verletzungen der Venenwand ist sehr gering. Es wird aus dem Unterhautzellgewebe rasch resorbiert und ruft keine Abszesse hervor.

Da seine Ätzwirkung viel geringer ist als die des Salvarsans, so zeigen die mit ihm behandelten Venen keine Tendenz zur Thrombosierung, so daß auch intensive Kuren durch etwaige thrombotische Störungen nicht in Frage gestellt werden.

Die außerordentliche Einfachheit der Anwendung ist für den Arzt, wie für den Patienten ein in gleicher Weise zu schätzender Faktor.

Das wird besonders der dankbar empfinden, der sich der ersten Stadien der Salvarsantherapie erinnert.

Mitteilungen.

— **Der Psychiater als Prügelknabe.** Von Oberarzt Dr. Becker, Landesirrenanstalt Herborn i. Nassau.

Vor dem Schwurgericht des Berliner Landgerichts II wurde die wegen Totschlags angeklagte Charlotte Liefeld freigesprochen. Die Angeklagte hatte auf ihren Geliebten geschossen und ihn schwer verwundet, als er sich von ihr trennen wollte, trotzdem sie auch mit anderen Männern Beziehungen unterhielt.

Diese Zeitungsnotiz hat den Unwillen weiter Volkskreise erregt. Der Satz, daß wer anderen Blut vergießt, deß Blut wieder vergossen werden soll oder deß Verhalten wenigstens einer exemplarischen Strafe wert ist, wurzelt so tief im Volksbewußtsein, daß letzteres sich mit einem glatten Freispruch nicht abzufinden vermag. Hier muß ein Fehler in der Rechtsprechung vorliegen, sagt man sich, denn solche Fälle, die den oft bespöttelten und belächelten französischen und amerikanischen nichts mehr nachgeben in der Lossprechung schöner Sünderinnen, sind in der letzten Zeit wiederholt passiert. Ein Teil der Presse sucht den Grund in der Geschworeneninstitution. Doch ist man vorsichtig mit dieser Beschuldigung, denn die Laiengerichte entspringen dem Nachgeben der Wünsche breiter Schichten des Volkes und man sagt nicht gern, was ein großer Prozentsatz von Abonnenten mißbilligen würde. Deshalb lieber mit Stillschweigen übergehen, höchstens monieren, daß es eine Berufung gegen den Spruch nicht mehr gäbe: so hälts der Presse größter Teil. Wieder ein anderer Teil aber sucht die Schuld bei den Sachverständigen, die bei jedem interessanten Fall das Böse allmählich hinwegjonglieren und nur noch die bedauernswerte momentane Geistesverwirrung bestehen lassen. Wir werden ja sehen: Die Freigesprochene macht Schule. Wenn in dem Viertel um den Bayrischen Platz herum nächstens wieder einmal ein Schwerverwundeter aufgelesen wird, dann sollte man zunächst — einige Sachverständige einsperren.

In diesem oder ähnlichen Tone fällt man über die Psychiater her und sucht des Volkes Unwillen auf letztere abzulenken. Es ist Zeit, daß wir uns wehren. Im vorliegenden Falle möge zunächst ein scharfer Protest gegen diese Art, Volksstimmung zu inaugurieren, genügen. Wiederholen wir kurz die Tatsachen: „Der Staatsanwalt plädiert auf Totschlagsversuch, der Sachverständige hielt die ‚exaltierte' Person für nicht ganz verantwortungsfähig, der Verteidiger nahm den § 51 als gegeben an." So berichten die Blätter. Welche Schuld trifft denn da den Sachverständigen? — Ist es nicht seine Pflicht, alles, was er in der Beobachtungszeit bei der Angeklagten als von der Norm abweichend gefunden hat, zusammenzutragen und vorzubringen? — Wenn er trotzdem der Angeklagten den Schutz des § 51 nicht zubilligen konnte, sondern nur in der Exaltiertheit eine gewisse Zügellosigkeit, ein Fehlen einiger der normalerweise vorhandenen vielen Hemmungen gegen solch eine Bluttat, vielleicht einen schon an der Grenze des Pathologischen stehenden Jähzorn erblickte, darin einen mildernden Umstand zu erblicken glaubte: wer will ihm daraus einen Strick drehen? — Oder soll er verantwortlich dafür sein, daß der Verteidiger nachher den § 51, dessen Voraussetzungen er, der Gutachter, verneinte, als gegeben annahm und daß die Geschworenen des Verteidigers Reden mehr Gewicht beilegten als dem, was sie vorher aus des Sachverständigen Munde vernahmen? Freilich wird den Herren auf der Geschworenenbank ja immer wieder — bei jeder Verhandlung mindestens einmal, manchmal auch mehrmals — zu Gemüte geführt, daß sie an das Urteil des Sachverständigen nicht gebunden sind, daß sie sich eine eigene Überzeugung bilden sollen.

Also wir legen Verwahrung ein gegen die Unterstellung, als wenn wir Psychiater in jedem Verbrecher den Geisteskranken sehen, Verwahrung auch gegen den Vorwurf, daß wir mit einer gewissen verminderten Zurech-



nungsfähigkeit, die wir dem Angeklagten zubilligen zu müssen glauben, gleich die Heranziehung des § 51 veranlassen, Verwahrung endlich gegen den Revolverton eines gewissen Teiles der Presse, die Stimmungsmache schlimmster Art treibt, wenn sie von Einsperren der Sachverständigen spricht und dergleichen billige Witze reißt.

Wir haben einen schweren Verteidigungsstand. Selbst Ordinarien von Ruf wie Gaupp halten es für opportun, in weitestem Maße die Presse der Gebildeten zu benutzen, um den Fall Wagner in seinen Einzelheiten darzulegen; so wird dem künstlich gezüchteten Volksunwillen und den wildesten Auswüchsen der hetzerischen Presse am besten vorgebeugt. Auch wir müssen — jeder an seinem Platze — die Presse zu beeinflussen suchen, solche Ausfälle nicht unerwidert einstecken, mit einem Wort: aufhören Prügelknabe zu sein.

— **Trunksucht als Krankheit anerkannt.** Das Bundesamt für das Heimatwesen in Berlin als oberste Instanz in Armenstreitangelegenheiten fällte auf eine Klage der Gemeinde Weitmar (Landkreis Bochum) gegen die Stadt Bochum eine bemerkenswerte Entscheidung, die für die Trinkerfürsorge von grundsätzlicher Bedeutung ist. Es stellte sich auf den Standpunkt (Urteil vom 4. Dezember 1913 H. Nr. 3175 und Urteil vom 12. November 1913), daß Trunksucht eine Krankheit ist, deren Heilung dem fürsorgepflichtigen Armenverbande obliegt. Als ein geeignetes Mittel zur günstigen Beeinflussung der Trunksucht kann auch die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt angesehen werden. Die dadurch entstehenden Kosten sind armenrechtlich erstattungsfähig, wenn die Aufnahme in die Anstalt sich als ein geeigneter Versuch darstellt, den Trunksüchtigen seiner Trunksucht zu entwöhnen. Die Anstaltskosten können also von dem auswärtigen Armenverband, woselbst der Trunksüchtige heimatsberechtigt bezw. beschäftigt ist, wieder eingezogen werden. Zu den Kosten gehören auch die Kleiderkosten, die bei der Aufnahme des Alkoholkranken in eine Trinkerheilanstalt entstehen. F. G. (Aus: Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse, Mai 1914, Nr. 54. Im Auftrag d. Vorstandes d. Vereines abstinenter Ärzte d. deutschen Sprachgebietes herausgegeben v. Dr. Holitscher, Pirkenhammer bei Karlsbad.)

Referate.

— **Deutsche Strafrechts-Zeitung,** I. Jahrgang, Heft 1 bis 3, herausgegeben von Kahl, Lindenau, v. Liszt, Lucas, Mamroth, Meyer, v. Staff, v. Tischendorf und Wach. Verlag O. Liebmann, Berlin, April 1914.

Die ersten Hefte der neugegründeten Zeitschrift sind wohl vielen von uns Irrenärzten mit einer Abonnementseinladung zugegangen. In der Tat tut man Recht daran, bei uns ein gewisses Maß von Interesse vorauszusetzen, denn wir finden — von der uns eng berührenden Materie ganz abgesehen — unter den ständig Mitwirkenden, wie sie das Titelblatt namentlich aufführt, auch neben den 13 Juristen unsere Fakultät zweimal vertreten: Puppe-Königsberg als forensischen Mediziner und Sommer-Gießen als Psychologen und Psychiater.

Was dann die einzelnen Aufsätze angeht, so würde es zu weit führen, sie hier einzeln aufzuführen. Das Geleitwort stammt von Geheimrat Kahl, der die Sympathie der Leser auf seine Seite zieht, wenn er zum Schluß sagt, daß die Deutsche Strafrechts-Zeitung es ablehne, ein bestimmtes Richtungsprogramm zu vertreten. „Die in der Geschichte, in dem tiefsten Rechts- und Sittlichkeitsbewußtsein des deutschen Volkes wurzelnden und verankerten Grundlagen des Strafrechts wird und kann kein Gesetzgeber verlassen. Aber in offenem Blick für die tatsächlichen Vorgänge und Bedürfnisse des Volkslebens muß er alle Meinungen hören, alle Erfahrungen ausnutzen und verwerten, darf er keinem gesunden, organischer Entwicklung entsprechenden Fortschritt ausweichen, auch wenn es so dem Schulprogramm nicht entspricht. Nur in der Freiheit dieses Höhenstandpunktes glauben wir dem Strafrecht der Gegenwart und Zukunft einen wirklichen Dienst zu tun." Dementsprechend kann wohl die deutsche Psychiatrie darauf vertrauen, daß auch ihre Meinung jederzeit gehört, ihre Erfahrung nach Möglichkeit ausgenutzt wird. An ehrlichem Bestreben dazu scheint es nicht zu fehlen, denn man hat bereits Abderhalden gewonnen für eine kurze Abhandlung über „Neue Forschungsrichtungen zur Feststellung von Organstörungen". Der Aufsatz bringt uns nichts Neues, macht aber den gebildeten Laien die Abderhaldenschen Untersuchungsergebnisse sehr schön mundgerecht. Nicht ohne Gemurmel des Widerspruchs *können* wir gerade aus Abderhaldens Munde die bescheidenen Schlußworte hören: „Es ist jedem einzelnen Forscher immer nur vergönnt, das Licht der Wissenschaft eine kurze Strecke weiterzutragen. Schaut er zurück, dann ist er oft erstaunt, wie kurz der zurückgelegte Weg ist. In seinem Forschungseifer und seinem Enthusiasmus glaubte er einen gewaltigen Schritt vorwärts getan zu haben." Wir meinen, die Strecke, die gerade Abderhalden dermaleinst wird zurückgelegt haben, sei für die Psychiatrie nicht so sehr kurz. — Über den Hungerstreik verbreitet sich dann unser Spezialkollege Leppmann, der anläßlich der Exzesse der englischen Suffragettes mit Recht ausruft: „Entweder bestehen in England über das Wesen der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung noch grundlegend andere Anschauungen wie bei uns, oder es sind politische Gründe für eine derartig schlaffe Handhabung von Gesetz und Recht vorhanden." Leppmann erzählt dann, wie man als deutscher Gefängnisarzt den Nahrung verweigernden Gefangenen zunächst gut zureden, durch unauffälliges Bereitstellen von Nahrungsmitteln in der Zelle des Inhaftierten seinen Appetit reizen, eventuell auch Magen stark anregende Mittel ihm anbieten, dem nur Hungernden, nicht Dürstenden eventuell nur Milch statt Wasser reichen und endlich, wenn alle milden Maßnahmen versagt haben, zu Schlundsonde und Nährklistier greifen würde. „Jedenfalls sind wir in Deutschland genügend gerüstet und wohl auch gewillt, Suffragettennachahmerinnen mit der für den Strafzweck notwendigen Zielbewußtheit zu begegnen." — „Die gerichtliche Medizin im künftigen Strafrecht", lautet dann ein Aufsatz Puppes. Der bekannte Autor

plaidiert darin für die Schaffung von Landgerichtsarztstellen, damit der Inhaber solchen Amtes sich gründlichst auf das Spezialgebiet der gerichtlichen Medizin vorbereiten könne und durch tägliche reichliche Erfahrung, die dem Kreisarzt fast durchweg abginge, auf dem Laufenden erhalte. Die Obergutachten, erstattet von einem Kollegium (z. B. der wissenschaftlichen Deputation), und zwar nicht vertreten durch einen Einzelnen bei der Hauptverhandlung, sondern schriftlich abgegeben, hält Puppe für eine wenig glückliche Einrichtung und der Reorganisation bedürftig. Endlich bedauert Puppe — diesmal wird unser, der Mediziner, Beifall wohl einstimmig sein — die meist mehrtägige Frist, die zwischen Auffindung einer Leiche und ihrer gerichtlichen Obduktion vergeht, und die sehr fühlbar fehlenden Kühleinrichtungen, wie sie andere Länder für diese Frist haben. Zum Schluß kommt eine kurze Besprechung der voraussichtlichen Strafgesetzänderungen bezgl. der geistigen Minderwertigkeit und der Trinkerfürsorge. — Der bekannte Vorsitzende des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, der Senatspräsident von Strauß und Torney schreibt dann über „Alkohol und Verbrechen", lobt die Fortschritte im Kampf gegen den Alkoholismus, die aus den Beschlüssen der parlamentarischen Strafrechtskommission hervorgingen, „wenngleich sie vielen Organisationen, welche in dem Kampfe gegen den Alkoholismus ständen, nicht genügen". — Blaschko-Berlin ergreift fernerhin das Wort zum „Verbot antikonzeptioneller Mittel", warnt davor, das Kind mit dem Bade auszuschütten und nicht über der Bestrebung, dem Geburtenrückgang Einhalt zu tun, die Hygiene des Beischlafs, die mit der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten stets gleichen Schritt hält, in unnützer Weise einzuengen und gesetzlich zu beschränken. — Auf die Originalabhandlungen folgen Artikel „aus Praxis, Wissenschaft und Gesetzgebung des Inlandes und des Auslandes", darauf „kleine Mitteilungen", wichtige Fälle von „Rechtsprechung" und endlich ein Literaturbericht. Im letzteren begegnen wir auch wieder bekannten psychiatrischen Namen.

Ich empfehle die Lektüre der neuen „Deutschen Strafrechts-Zeitung" allen Irrenärzten, die für forensische Psychiatrie ein Interesse haben und an gedeihlichem Zusammenwirken von Juristen und Medizinern, wie es hier im Hessenlande so vorbildlich durch eine besondere Vereinigung geschieht. Wern. H. Becker-Herborn.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Wien.** Dem Professor Dr. Obersteiner in Wien, Döbling, wurde das Komturkreuz des Franz-Josefs-Ordens verliehen.

— **Arnsdorf** i. Sa. Dem Obermedizinalrat Dr. Schulze, Direktor der Landesanstalt Arnsdorf i. Sa., wurde der Kgl. Preußische Kronenorden III. Kl. verliehen.

— **Breslau.** Privatdozent an der Psychiatrischen Klinik, Dr. Georg Sterz, wurde zum Professor ernannt.

— **Großhennersdorf** i. Sa. Oberarzt Dr. Meltzer wurde zum Medizinalrat ernannt.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Stellengesuche

Oberpflegerin

gesucht. 840 Kronen Anfangsgehalt. Vollständig freie Station I. Klasse, eigenes Zimmer, wöchentlichen Ausgang. Sehr gut qualificierte, verläßliche Bewerberinnen mit mehrjähriger Dienstzeit **in gleicher Stellung** wollen Gesuche mit Zeugnisabschriften einsenden an die **Privatirrenanstalt Dr. Fries in Inzersdorf bei Wien.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 11. 13. Juni **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Grundlagen und Therapie der nervösen Syphilis.

Nach einem Vortrage in der Mediz. Gesellschaft zu Kiel vom 15. Januar 1914.

Selbstreferat von Mar.-Oberstabsarzt Dr. **Gennerich,** Kiel.

Unter meningozerebraler Syphilis verstehen wir diejenige Form der nervösen Syphilis, welche von der Liquorinfektion ausgehend auf die Meningen und von diesen allmählich in verschiedenen Lokalisationen auf das Zentralnervensystem übergreift und dieses zerstört. Daneben kommen noch zur Beobachtung die syphilitische Arteriosklerose der Hirngefäße und zentrale gummöse Prozesse.

Bei diesen besteht die Möglichkeit, daß ihr Vorhandensein keinen Ausdruck im Liquor findet. Ihr isoliertes Vorkommen ist aber nach allen bisher vorliegenden Erfahrungen ziemlich selten, so daß man hiermit in der Praxis kaum ernstlich zu rechnen braucht.

Aber auch bei der reinen meningozerebralen Syphilis begegnen wir gelegentlich Krankheitsfällen mit völlig oder annähernd normalen Liquorverhältnissen. Hier ist der Krankheitsprozeß an den Meningen selbst offenbar nicht weiter zur Entwickelung gelangt und stationär geblieben, während er in der tiefer gelegenen nervösen Substanz weiter um sich gegriffen hat. Solche Beobachtungen ergeben sich gelegentlich bei Tabes incipiens und Myelitis, während wir sie bei Lues cerebri und paralytischen Krankheitsbildern bisher noch nicht gefunden haben.

Diese Differenz zwischen dem Krankheitsbilde und dem Liquorbefund ist leicht danach angetan, den Arzt in seiner Diagnose unsicher zu machen. In solchen Fällen ist aber eine weitere Klärung durch den Einfluß der spezifischen Therapie zu erwarten. Bei häufigeren Punktionen gelingt es oft eine Zunahme der Reaktionen, insbesondere der Eiweißquantität und der Zellen zu beobachten (Herxheimersche Reaktion). In anderen Fällen zeigt sich diese erst längere Zeit nach einer insuffizienten Behandlung (Provokation), wozu sich regelmäßig auch eine Verschlechterung des Krankheitsbildes hinzugesellt.

Eine Sicherung der Diagnose e juvantibus läßt bei alleiniger intravenöser Salvarsanbehandlung nicht allzuviel erhoffen. Sehr gut waren jedoch in solchen Fällen die Erfolge der endolumbalen Neosalvarsanbehandlung. Wir konnten in mehreren Fällen dieser Art durch mehrfache endolumbale Behandlung in kurzer Zeit eine ganz wesentliche Besserung des Krankheitsbildes erreichen.

Über die Entwickelung der meningozerebralen Lues möchte ich jedoch noch einiges berichten, bevor wir auf die Erfolge näher eingehen.

Nach den Beobachtungen von Dreyfuß und nach den eigenen Feststellungen läßt sich annehmen, daß eine Liquorinfektion bei allen frischen Luesfällen zustande kommt. Wie eine demnächst erscheinende umfangreiche Statistik zeigen wird, weist zwar die Mehrzahl der frischen Luesfälle vor und nach der Kur noch normalen Liquor auf. Trotzdem läßt sich aber der Nachweis führen, daß eine syphilitische Infektion des Liquors stattgefunden hat.

Diese kann nun zurückgehen unter dem Einfluß anti-syphilitischer Therapie oder spontan unter der Einwirkung von Immunvorgängen. Sie kann aber auch anderseits eine fortlaufende Entwickelung

nehmen in allen denjenigen Fällen, wo sie sich mit oder ohne Therapie erhalten hat.

Es ist von größter Wichtigkeit, daß die Entwickelung der Liquorinfektion eine fortlaufende ist, daß wir uns hiervon in den Fällen, die sich mehrere Jahre der Behandlung entzogen haben, überzeugen können. Sind aber bei der Nachuntersuchung eines älteren Luesfalles keine Liquorveränderungen vorhanden, so kann man nach mehrjährigen Feststellungen die Liquorinfektion als definitiv erloschen ansehen, wenn unter dem Einfluß einer provokatorischen Salvarsanbehandlung auch nach einem weiteren Beobachtungsjahr keine Liquorveränderungen gefunden werden.

Für das Schicksal der meningealen Infektion sind in erster Linie zwei Faktoren maßgebend: 1. die Biologie des Syphilisvirus im menschlichen Körper, die bereits ausführlicher berichtet worden ist,[1]) und 2. der Einfluß der spezifischen Therapie.

Wird die sekundäre Ausbreitung der Syphilis nur wenig oder gar nicht durch Behandlung gestört, so bleibt die Infektion in ihrem ubiquitären Charakter unverändert. Es besteht dann kein Anlaß zu neuen Expansionen und Erscheinungen, die Syphilis nimmt dann den berüchtigten milden Verlauf.

Die Rezidivbildung bei Syphilis kommt nur dadurch zustande, daß die Infektion eingeschränkt wird und an Terrain verliert. Nur hierdurch wird die Expansionsneigung der Erreger immer wieder aufs neue wachgerufen.

Es ist aber völlig gleichgiltig, ob die Einschränkung der Allgemeindurchseuchung durch spezifische Therapie oder durch Immunvorgänge zustande kommt. Nur die Form des Luesrezidivs verhält sich dementsprechend verschieden.

Solange den Spirochäten infolge des Fehlens wirksamer Immunvorgänge der Weg zu neuen Schüben offensteht, begegnen wir der Wiederkehr von Allgemeinerscheinungen. Beim Eintritt wirksamer Immunvorgänge bleibt es aber bei virulenteren Monorezidiven. Die Immunvorgänge verleihen dem Tertiärismus sein Gepräge. Ausnahmsweise können sie sich auch mal sehr frühzeitig einstellen. Wir sehen dann ein Ausbleiben von Allgemeinerscheinungen und den Eintritt der echten Syphilis maligna entweder an umschriebenen Hautpartieen oder aber auch an den Meningen, wo sie vor der Salvarsanära meist in foudroyanter Weise noch im ersten Infektionsjahr zum Tode führte.

Der weitere Ausgang der Liquorinfektion beim gänzlichen Ausbleiben oder sehr oberflächlicher Anwendung von Hg.-Therapie hängt allein von dem Einflusse der Immunvorgänge auf die Liquorinfektion ab, unter deren Wirkung sie zweifellos auch spontan verschwinden kann. Bleibt sie aber erhalten, so schützt das Fortbestehen einer sekundären Ausbreitung den Patienten zunächst für lange Jahre vor virulenten syphilitischen Vorgängen an den Meningen. Erst nach jahrelanger Einwirkung der Immunvorgänge kommt es zu einer weitgehenden Einschränkung der allgemeinen Syphilisation des Körpers, die sich auch durch den spontanen Eintritt negativer W.-R., Rückgang der Infektiositäten usw. kundtut. Je mehr sie fortschreitet, um so mehr schiebt sich die Fortentwicklung einer restlichen meningealen Infektion in den Vordergrund. Sie braucht aber keineswegs das einzigste Monorezidiv zu sein, gar nicht selten findet man bekanntlich als Parallelerkrankung auch eine zentrale Arteriosklerose (Aortitis).

Findet im frischen Luesstadium eine häufigere Hg-Behandlung statt, so sehen wir eine gehäufte Zahl von Rezidiven, wenn nicht eine ausreichende, planmäßige intermittierende Hg.-Behandlung stattfindet im Sinne von Fournier, Neißer, Welander. Schließlich schieben die Immunvorgänge aber auch der vermehrten Rezidivneigung einen Riegel vor, indem sie sich neuen sekundären Expansionen entgegenstellen. Zweifellos wird aber durch die häufige Behandlung eine weit frühzeitigere und wesentlichere Einschränkung der syphilitischen Allgemeindurchseuchung des Körpers erreicht, als es ohne Therapie für gewöhnlich möglich ist. Die Aussichten für eine günstigere Fortentwickelung einer erhaltenen Liquorinfektion sind daher bei häufigerer Hg.-Behandlung der beschriebenen Art zweifellos gesteigert. In diese Richtung fallen auch die Feststellungen von Kron und Schuster, welche bekanntlich schon vor Jahren behauptet haben, daß eine häufigere Hg.-Behandlung den Eintritt der Metalues beschleunige.

Bei der Salvarsanbehandlung sind zwei Beobachtungen für den Ausgang der meningealen Infektion bedeutungsvoll. Zunächst schafft Salvarsan so energisch wie kein anderes Mittel die Grundlage der Rezidivbildung; es bewirkt schon bei mäßiger Behandlung eine enorme Einschränkung der Allmeindurchseuchung. Solange noch restliche Herde erhalten bleiben, müssen daher sehr energische Schübe des Leidens nachfolgen. Salvarsan wirkt aber zweitens ungleich intensiv auf die verschiedenen Lokalisationen des Virus. Es bleiben daher nach Abschluß der Behandlung verschiedene Spirochätenstämme übrig, die je nach ihrer Zugänglichkeit ungleich geschädigt wurden und sich daher

[1]) Sammelreferat über Salvarsanbehandlung in der „Chemotherapie" 1914.

als verschieden entwicklungsfähig erweisen. Sehen wir von stark hypertrophischen Sklerosen ab, so ist es hauptsächlich der Liquor, welcher sich dem Salvarsan als sehr schwer zugänglich erwiesen hat.

Es ist ohne weiteres verständlich, daß bei so extrem günstigen Vorbedingungen für eine Rezidivbildung, wie sie die Salvarsanbehandlung erzeugt, die Neuexpansion des Virus zunächst und hauptsächlich von denjenigen Herden ausgeht, die am wenigsten geschädigt sind. Hieraus erklärt sich also die bevorzugte Fortentwickelung der meningealen Infektion bei unzureichender und planloser Salvarsanbehandlung.

Zweifellos sind die Plexus choriodei bei den einzelnen Menschen verschieden für Salvarsan durchgängig. Gleichwohl ergibt sich aber häufig ein bestimmter Parallelismus zwischen der Güte der Salvarsanbehandlung und der Heftigkeit der sich entwickelnden meningozerebralen Infektion.

Sind die Spirochäten im Liquor auch in erheblichem Maße geschädigt, so entwickeln sie sich nur langsamer fort. In solchen Fällen beobachten wir die histologischen Meningorezidive. Wir sehen dann kein promptes Neurorezidiv im ersten Halbjahr nach der Behandlung, sondern erst im zweiten oder dritten Jahr nach der Salvarsanbehandlung Symptome, die ganz in das Gebiet der Metalues fallen.

Über den Entwicklungsgang der verschiedenen Rezidivstämme im Liquor haben wir ausführlicher im Sammelreferat über Salvarsanbehandlung im 1. Band der „Chemotherapie" 1914 berichtet.

Für die Entwicklung der nervösen (meningozerebralen) Syphilis sind nach unseren Beobachtungen allein maßgebend das biologische Verhalten der syphilitischen Infektion im menschlichen Körper, wie wir es oben kurz berührt haben, und die Einflüsse der Therapie und der Immunvorgänge. Eine weitere bedeutsame Rolle kommt der Durchlässigkeit der Plexus chorioidei zu, die sowohl gegenüber den chemotherapeutischen, wie den Immunstoffen große Unterschiede aufweist.

Nur unter nahen Verwandten scheint die Funktion der Plexus chorioidei recht gleichartig zu sein, weil wir das Vorkommen von Metalues bei Geschwistern häufig beobachten.

Daß ein syphilitisches Virus an sich eine große Verwandtschaft zum Zentralnervensystem besitzt, ist gänzlich auszuschließen. Impfversuche an Tieren mit pathologischem Liquor zwecks Feststellung der besonderen Vorliebe eines bestimmten Virus für das Zentralnervensystem bedeuten u. E. eine Verirrung infolge gänzlicher Verkennung der Grundlagen der meningozerebralen Syphilis. Jedenfalls kann es nach unseren Beobachtungen ein besonderes Virus nerveux nicht geben. Wenn aus einer bestimmten Ansteckungsquelle eine Reihe von Fällen mit frühzeitiger nervöser Syphilis bezw. Metalues gesehen werden, so erklärt sich dieses aus biologischen Vorgängen, die wir bei der Erwähnung der Maligna kurz gestreift haben.

Um allen diesen Ausgängen der Liquorinfektion vorzubeugen, muß sich allmählich unsere Forderung nach einer planmäßigen und allen Indikationen entsprechenden Salvarsanbehandlung durchsetzen.

Eine unzureichende, nicht zielbewußte Salvarsanbehandlung im frischen Stadium gereicht, wie wir schon in den „Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis" ausführten, dem Pat. zum schweren Schaden, der nur bei äußersten Anstrengungen wieder gut zu machen ist. Für unbemittelte Patienten ist sie schlimmer als eine Amputation.

Zur Behandlung der meningozerebralen Lues steht uns außer Hg. und Salvarsan noch das Jod zur Verfügung. Es leistet zum Abbau des syphilitischen Folgezustandes Vorzügliches und muß daher besonders bei jeder Form der nervösen Syphilis als Intervallbehandlung in nachhaltigster Weise zur Verwendung gelangen. Ein Heilmittel gegen die syphilitische Infektion selbst ist Jod nicht.

Über die Aussichten der Hg.-Behandlung bei nervöser Syphilis entscheidet nicht das Alter der Infektion, sondern der Grad der Liquorveränderungen. Die leichten Veränderungen, wobei der Grad der Pleozytose oft keine ausschlaggebende Rolle spielt, sind ein sehr günstiges Objekt für Hg.-Behandlung. Dabei können rein histologische Meningorezidive gelegentlich hartnäckigere Liquorveränderungen aufweisen, als Fälle mit klinischer Lues cerebri.

Besonders bei alleiniger Kalomelbehandlung haben wir im ersten Infektionsjahr selbst erhebliche Pleozytose mehr oder weniger vollständig bereits auf eine Kur hin verschwinden sehen. Auch bei älteren Infektionen bringt die Hg.-Therapie gute Ergebnisse, solange noch erhebliche Eiweißwerte und ein positiver Wassermann im Liquor fehlen. Auch bei diesen Veränderungen kann der klinische Erfolg der Hg.-Therapie zunächst befriedigen, sie selbst gehen aber auf einzelne Kuren nicht mehr vollständig zurück.

Daraus erklärt sich die immer wiederkehrende Tatsache, daß viele Fälle, welche wegen umschriebener hirnluetischer Erscheinungen verschiedentlich und energisch mit Hg. behandelt worden sind, vor dem späteren Eintritt der Metalues doch nicht



bewahrt bleiben. Es ist jedenfalls unendlich schwer oder kaum möglich, eine mit mittelschweren Liquorveränderungen einhergehende meningozerebrale Syphilis durch planmäßige Hg.-Behandlung noch zur Ausheilung zu bringen, so daß ein konstant normaler Liquor erzielt wird.

Die mittelschweren Liquorveränderungen (insbesondere bei Lues cerebri) sind eine besondere Domäne der intravenösen Salvarsanbehandlung. Klinische Symptome, wie z. B. pathologische Pupillenphänomene, gehen allerdings nur so weit zurück, als die nervöse Substanz wieder funktionsfähig wird. Bei Wiederkehr normaler Liquorverhältnisse ändert sich am Krankheitsbild nichts Wesentliches mehr. Oft läßt sich beobachten, daß sich schon zwei Monate nach Aussetzen der Behandlung eine Exazerbation des Krankheitsprozesses einstellt. Diese erklärt sich auf der Basis der Rezidivbildung bei Syphilis, die wir oben besprochen haben. In solchen Fällen darf eine sechswöchige Behandlungspause nicht überschritten werden (s. auch L e r e d d e). Bleibt nach noch insuffizienter Behandlung eine weitere Fortführung der intermittierenden Kuren aus, so gereicht die Salvarsanbehandlung dem Patienten zum schwersten Nachteil, weil seine nervöse Syphilis einen beschleunigten, oft sogar foudroyanten Charakter erhält. Das Mindestmaß an Behandlung beträgt für gewöhnlich drei Kombinationskuren, von denen jede sechs Salvarsaninjektionen enthalten soll.

Auch der von D r e y f u ß vorgeschlagene Behandlungsplan eignet sich für die Behandlung der nervösen Syphilis.

Die Mehrzahl der nervösen Luesfälle mit den mittelmäßigen Liquorveränderungen lassen sich auf dem angeführten Wege in Heilung überführen. Nur die Minderheit, die ich auf ca. 20% veranschlage (genaue Angaben folgen später), ändert sich auf intravenöse Therapie nur wenig oder gar nicht, weil die Permeabilität der Plexus chorioidei für Salvarsan in extremster Weise behindert ist (Gefäßverödung). Es handelt sich bei diesen Fällen gar nicht so selten noch um histologische Meningorezidive, bei denen also noch gar keine Ausfallserscheinungen zutage getreten sind. Die meisten der von uns beobachteten Fälle waren irgendwo unzureichend mit Salvarsan behandelt worden und hatten sich z. T. erst vor ein bis zwei Jahren infiziert. Da sie sich der intravenösen Therapie gegenüber ungewöhnlich hartnäckig verhielten, so glaube ich, daß die bei ihnen vorliegenden Veränderungen bereits den metaluetischen nahestehen, welche bekanntlich ein gleiches Verhalten aufweisen. Es vollziehen sich hier offenbar an den Plexus chorioidei Veränderungen, welche die Undurchlässigkeit dieser Gebilde für chemotherapeutische Einflüsse noch um ein Beträchtliches steigern.

Wir konnten eine Anzahl rein histologischer Meningorezidive trotz fünf bis sieben planmäßiger Kombinationskuren (à 6 Salvarsaninjektionen) nicht nennenswert beeinflussen.

In Fällen mit schweren Liquorveränderungen, wo erheblichere Eiweißwerte und ein positiver Wassermann (bei geringeren Liquormengen) schon bestehen, haben wir bei alleiniger Hg-Behandlung die pathologischen Liquorwerte wohl stationär halten, aber nicht mehr wesentlich bessern können. Wir verfügen in dieser Hinsicht zwar nur über sehr wenige, aber sehr lehrreiche Beispiele jenseits des 6. Infektionsjahres, welche drei bis vier planmäßig intermittierende Kalomel- bezw. Ol.-ciner.-Kuren machten, ohne daß sie ihre Liquorveränderungen verloren. Bei diesem Status der meningozerebralen Lues ist jedenfalls nach unseren Erfahrungen ein Radikalerfolg durch Hg-Behandlung als ganz aussichtslos anzusehen.

Selbst die palliative Wirkung kräftiger Hg-Kuren kann gelegentlich ganz im Stich lassen, doch spielt bei der klinischen Lues cerebri manchmal das Infektionsalter der Fälle eine gewisse Rolle. Bei Metalues haben wir durch Hg bekanntlich fast gar nichts zu erwarten.

Die Wirksamkeit der planmäßigen intravenösen Salvarsantherapie bei schweren Fällen von meningozerebraler Lues ist recht verschieden. In manchen Fällen von Tabes incipiens führen drei bis vier Kuren, wie es auch D r e i f u ß gesehen hat, zu einer erheblichen Besserung und auch normalen Liquorwerten. Andere Fälle mit noch fehlenden Ausfallssymptomen reagieren trotz zwei- bis dreijähriger energischer Salvarsanbehandlung nur sehr wenig und bekommen nach mehrmonatiger Pause wieder erhebliche Verschlechterungen des klinischen Bildes wie des Liquorbefundes.

Es lassen sich für die Wirksamkeit der intravenösen Salvarsanbehandlung bei den schweren Liquorveränderungen bisher noch keineswegs feste Normen aufstellen. Man kann nur so viel sicher sagen, daß bei positiver W.-R. im Liquor unter 1,0 (nach H a u p t m a n n ausgewertet) die Behandlungsaussichten wenig günstig sind. Eine Beseitigung der meningozerebralen Infektion erscheint uns geradezu ausgeschlossen. Durch eine anhaltende, sehr intensive und in planmäßigen Kuren angeordnete Behandlung haben wir bei älterer Tabes auch nur klinische Besserungen, aber keine Beseitigung der Liquorveränderungen herbeifüh-



ren können. Bei Paralyse vollends waren die Erfolge der intravenösen Behandlung nur geringfügig und vorübergehend.

Die Ursache der unzureichenden Wirkung der intravenösen Salvarsanbehandlung liegt, wie wir bereits oben erwähnten, in einer zunehmenden Undurchlässigkeit der Plexus chorioidei für Salvarsan. Wahrscheinlich haben die Oberflächenzellen der Plexus, welche sonst als Filter fungieren, durch den syphilitischen Prozeß eine Veränderung erfahren, die ihre Durchlässigkeit für organische Produkte in extremster Weise herabsetzt.

Es lag nach den Ergebnissen der klinischen Beobachtungen nahe, den Umweg der Salvarsantherapie über die Blutbahn und die Plexus chorioidei auszuschalten und eine Lokalbehandlung zu erstreben. Bekanntlich waren Wechselmann und Marinescu die ersten, welche die endolumbale Neosalvarsan-Behandlung versuchten. Als sich hiernach heftigere Reizerscheinungen geltend machten, empfahlen Swift und Ellis ihre Behandlung mit salvarsanisiertem Serum. Unter dieser Behandlungsmethode, die wir im September 1913 in Angriff nahmen, erzielten wir die ersten Erfolge im völligen Rückgang der Liquorveränderungen bei Fällen, die zwei bis drei Jahre intensive und planmäßige Salvarsan-Kalomelkuren ohne radikalen Erfolg durchgemacht hatten.

Wegen der Umständlichkeit und der septischen Gefahren dieser Methode entschlossen wir uns wieder zur endolumbalen Einverleibung von Neosalvarsan.

Wir benutzten eine Neosalvarsanlösung von 0,15 Neosalvarsan auf 300 ccm phys. Cl.-Lösung, von der wir 4 bis 6 ccm mit ca. 15—20 ccm Liquor vermischt endolumbal infundieren.

Die Injektionen wurden anfänglich in vier- bis fünfwöchigen, später in zwei- bis dreiwöchigen Abständen wiederholt. In einer größeren Anzahl von Fällen mit Lues cerebri, histologischen Meningorezidiven und leichteren Tabesfällen wurde ein Rückgang der Liquorveränderungen bis zur Norm beobachtet. Zugleich verschwanden die subjektiven Beschwerden der Kranken, wie tabische Krisen, Druckgefühl im Kopf und Arbeitsunfähigkeit vollkommen. Über die einzelnen Fälle wird noch ausführlicher berichtet werden.

Ältere Ausfallserscheinungen, wie pathologische Pupillenphänomene oder erloschene Reflexe usw. erfahren jedoch kaum eine nennenswerte Veränderung.

Bei über 100 Injektionen wurden nur dreimal fieberhafte Reaktionen beobachtet, welche jedoch ohne nachteilige Schädigung verliefen. Während der Reaktion bestanden in zwei Fällen sehr heftige Gliederschmerzen, die jedoch am anderen Tage behoben waren.

In einem Falle von älterer Tabes stellten sich vier Wochen nach der dritten Injektion Anästhesien in beiden Beinen ein, auch funktionierten Blase und Mastdarm etwas träge, ein Folgezustand, welcher wohl zweifellos auf einen chemischen Reiz infolge Kumulation des Salvarsans zurückzuführen war. Nach weiteren vier Wochen waren Blase und Mastdarm wieder gänzlich frei, die Anästhesien gingen allmählich zurück. Der klinische Erfolg war auch in diesem Falle vorzüglich, insofern alle subjektiven Beschwerden der Tabes verschwunden waren. Der Patient war sehr frisch auf den Beinen, so daß er große Touren unternehmen konnte, und fühlte sich sehr leistungsfähig zur Arbeit.

Eine neue Liquoruntersuchung des Falles konnte noch nicht wieder vorgenommen werden. Sein letzter Befund lag bereits nahe an der Normalgrenze, während vor der ersten endolumbalen Behandlung schwere Veränderungen bestanden hatten.

Die chemischen Reizzustände (Myelitis traumatica) können zunächst zweifellos als eine Verschlechterung imponieren. Wahrscheinlich lassen sie sich bei umsichtiger Behandlung vermeiden. Durch regelmäßige Prüfung der Gefühlsnerven und auch durch die Angaben des Kranken über gelegentliche stärkere Müdigkeit in den Beinen muß man seine Aufmerksamkeit wachhalten und sich im Ausbau der einzelnen Behandlung leiten lassen.

Nach den bisher vorliegenden Beobachtungen kann die endolumbale Neosalvarsanbehandlung bei Lues cerebri und Paralyse ohne Bedenken in zwei- bis dreiwöchigen Abständen fünf- bis sechsmal wiederholt werden. Nach sechswöchiger Behandlungspause kontrollieren wir den Liquor (ohne Neosalvarsan zu injizieren), mit dem ev. noch notwendigen zweiten Behandlungszyklus warten wir jedoch eine achtwöchige Behandlungspause ab.

Bei Tabes und Myelitis empfehlen wir nach der zweiten Injektion größere Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen zu wählen, weil das erkrankte Rückenmark, wie erwähnt, für chemische Reize außerordentlich empfänglich ist. Bei fortgeschritteneren Tabesfällen machen wir von der zweiten Injektion ab schon fünf- bis sechswöchige Behandlungspausen und überschreiten nicht mehr eine Einzeldosis von 4 ccm unserer Lösung (= 2 mgr Neosalvarsan). Eine derartige Therapie ist völlig ausreichend.

Die Bewegung der Liquorwerte ist besonders



bei Beteiligung des Rückenmarks nicht ganz einheitlich zu beurteilen, weil der chemische Reiz bei ihrer Entstehung eine gewisse Rolle spielt. In einzelnen Fällen läßt sich daher der Erfolg der Therapie erst nach der oben erwähnten Behandlungspause entscheiden.

Das im Einzelfalle notwendige Behandlungsmaß ergibt sich aus den bei jeder Injektion erhobenen Liquorbefunden.

Die Hauptaufgabe des Therapeuten besteht darin, unter möglichster Ausschaltung chemischer Reize sich die Behandlungsfähigkeit des Patienten zu erhalten. Gerade bei Rückenmarksleiden ist deshalb eine möglichst weitgehende Zurückhaltung in der Dosierung sehr am Platze.

Unsere Behandlungserfolge bei Lues cerebri und histologischen Meningorezidiven waren recht gut, bei Tabes und Paralysis incipiens sehr ermutigend. Von der Behandlung sehr schwerer Tabesfälle haben wir Abstand genommen, nachdem wir bei fortgeschrittenen Paralysefällen keinen nennenswerten Erfolg mehr aufzuweisen hatten. Es bedarf wohl auch keiner weiteren Erörterung, weshalb wir bei schwereren Zerstörungen der Nervensubstanz auch auf eine Lokalbehandlung keine Hoffnung mehr setzen dürfen.

Zusammenfassend läßt sich hinsichtlich der Therapie der meningozerebralen Lues folgendes feststellen.

Für die Wahl der Behandlungsmethode kommen verschiedene Faktoren in Betracht, und zwar der klinische Befund, das Alter der Infektion und der Grad der Liquorveränderungen. Oft zeigt sich allerdings erst unter der Behandlung, ob der vorhandene Krankheitsprozeß der gewählten Behandlungsmethode zugänglich ist.

Es gibt Fälle des verschiedensten Infektionsalters, bei denen man allein mit Hg eine hinreichende Behandlungsintensität entfalten kann, um zu normalen Liqorverhältnissen zu gelangen. Wir haben aber noch keinen Fall von nervöser Syphilis gesehen, wobei sich nicht die Salvarsanbehandlung der alleinigen Hg-Behandlung in absolut eindeutiger Weise überlegen gezeigt hätte. Sie ist daher in jedem Falle indiziert, insofern der Therapeut in die Lage versetzt ist, seinen Patienten zu einer planmäßigen und ausreichenden Salvarsanbehandlung zu veranlassen.

Die Indikation zur endolumbalen Neosalvarsanbehandlung sollte man nur dann als gegeben ansehen, wenn die übliche intravenöse Behandlungsmethode entweder gar nichts oder nur sehr wenig an den vorhandenen Liquorveränderungen bessert.

Beteiligung des Unlustmotivs an epileptischer Amnesie und deren Aufhellung.

Von Dr. **Emil Oberholzer**, Breitenau-Schaffhausen.

Bei dem 35 jährigen Epileptiker M. S. war im unmittelbaren Anschluß an eine zornmütige Erregung ein schwerer Dämmerzustand aufgetreten. Pat. pflegt seit vielen Jahren stille religiöse Andachten und liest, sobald er ohne Arbeit ist, in einer kleinen Bibel, die er sorgsam hütet und schon oft gegen unbefugte Aneignung seitens anderer Kranken mit Tätlichkeiten verteidigt hat. An jenem Vormittag hatte ihm der zu Allotria und Neckereien stets aufgelegte Hebephrene P. das Gebetbuch aus der Hand gerissen, was bei Pat. einen nicht zu besänftigenden Wutausbruch zur Folge hatte, so daß er zu Bett gebracht werden mußte. Eben vorher hatte er dem Wärter noch bei den häuslichen Arbeiten auf der Abteilung geholfen.

Die initiale Benommenheit muß bei S. sehr rasch nach diesem Vorfall eingetreten sein. Er lag im Bett, ohne von der Anwesenheit des Arztes und dessen Anrede Notiz zu nehmen, kam keiner Aufforderung nach, wiederholte dagegen ineinemfort: „Der verdammte Jaköbli (jener Hebephrene), warte nur, du Lausbübli" usw. Der sich daraus in Form eines epileptischen Stupors entwickelnde Dämmerzustand dauerte mit geringen Schwankungen der Bewußtseinstrübung nahezu 3 Wochen, eine ganz ungewöhnliche Zeit für unseren Pat., bei dem Dämmerzustände überhaupt eine Seltenheit sind. Er lag mit zusammengeklemmten Kiefern steif und regungslos da, war stumm und nahm tagelang keine Nahrung zu sich. Vorübergehend löste sich dieser Zustand der Starre anfallsweise in tierisches Brüllen und eigenartige Tret- und Schleuderbewegungen mit den Beinen oder in rasendes Reiben der Brust. Später perseverierte er in eintöniger Folge die Satzbruchstücke: „Ich habs ja nicht gesehen", oder: „Was habe ich gesagt, ich habe es ja nicht gesagt." Meist war er tief benommen. Er reagierte auf keine Anrede oder Aufforderung, minimal auf tiefe Nadelstiche. Dagegen waren Pupillar- und Kornealreflex anscheinend die ganze Zeit über erhalten. In der dritten Woche wurde er ruhiger, und durch ein mehrtägiges Stadium der Unbesinnlichkeit erfolgte allmähliches Er-



wachen. Damals zeigte er verlangsamte und erschwerte Auffassung, war zeitweise verworren, wenig zugänglich, wortkarg und versunken. Man konstatierte Andeutung von Katalepsie. Eine Parese des linken Armes, den er früher regungslos hängen oder unbenützt auf der Decke liegen ließ, war verschwunden. Ende der dritten Woche hatte Pat. einen Krampfanfall. Zwei Tage darauf orientierte er sich und war wieder klar, aber noch gedrückter Stimmung und verstimmt.

Für die Zeit des Stupors bestand vollständige Amnesie und die Erinnerung an diese 3 Wochen blieb verloren. Pat. glaubte, daß er einige Tage geschlafen habe. Anfänglich schien sich die Erinnerungslücke retrograd auch auf die Zeit kurz vor Beginn des Dämmerzustandes zu erstrecken. Jedoch gelang es durch eindringliches Befragen, wobei peinlich vermieden wurde, dem Kranken Anhaltspunkte zu liefern, an die sich sein Gedächtnis hätte klammern können, die Erinnerung — wenn auch teilweise nur mühsam und vorerst unsicher und verschwommen — an jene anscheinend gleichfalls der Amnesie verfallenen Dinge, die dem Anfall voraufgegangen waren, bis auf ein einziges, allerdings nicht weniger als irrelevantes Bruchstück wieder zu wecken. Wenn wir uns von der Wertung dieses vom Vergessen trotz aller Bemühungen hartnäckig festgehaltenen Stückes leiten lassen, gewinnt auch die Reihenfolge, in der das Auftauchen der wieder erinnerten Komplexe geschah, eine bestimmte Bedeutung, während sie auf den ersten Blick wahl- und regellos erscheinen und wie zufällig imponieren möchte.

Was Pat. zuerst erinnerte, als er auf die inzwischen mit ihm vorgenommene Versetzung (Pat. hatte auf den Wachsaal verlegt werden müssen) besonders aufmerksam gemacht wurde, waren die räumlichen und zeitlichen Verhältnisse vor Einsetzen des Dämmerzustandes. Er besann sich, daß er zuletzt auf der Zellenabteilung war (bei der Exploration lag Pat. noch im Wachsaal), daß er dort am Vormittag dem Wärter geholfen hat, daß er im Korridor plochte u. a. m. Dann habe er einen Anfall bekommen (meint damit den Dämmerzustand) und sei zu Bett gebracht worden. Über diesen Komplex räumlicher und zeitlicher Nebenumstände ging die Erinnerung vorerst nicht hinaus und schien am bedeutsamen Kern eine unüberwindliche Schranke zu finden. Die Inangriffnahme zur Wiederbelebung des letzteren bedurfte bereits eines ausgesprochenen Drängens, das sich durch das anfängliche Nicht-Wissen des Kranken nicht beirren ließ, sondern durch die unablässige Wiederholung neutral gehaltener Fragen bemüht war, seine Aufmerksamkeit und Einstellung auf das Gesuchte zu richten und wach zu halten. Im Unterschied zu den bereits erinnerten Komplexen trug, was sich seinem Gedächtnis daraufhin zur Verfügung stellte, anfänglich die Zeichen quälender Unsicherheit. Er faßte die aufgetauchten Stücke charakteristischerweise zuerst in Fragen: ob etwas gewesen sei, ob er etwas gemacht habe? — „Ja, es muß schon etwas gewesen sein" usw. Die Unbestimmtheit des Ausdruckes „etwas" vermochte er erst nach langer Anstrengung durch den wirklichen Inhalt zu ersetzen und tat es vorerst wieder in Form der Frage: „War nicht Krieg gewesen?" [1]), ob er nicht Streit gehabt habe — „ja Streit". Daran reihte er die Erinnerung des Partners: „War es mit Jaköbli — war es nicht mit Jaköbli, meinem Feind?" Allmählich gewannen diese auftauchenden Erinnerungen größere Deutlichkeit und Sicherheit. Das schließliche Resultat des ganzen Vorganges war für Pat. die Überzeugung, daß seinem „Anfall" ein Streit mit P. vorangegangen sei, was er noch dahin ergänzte, daß er P. geschlagen habe. Dagegen war durch kein weiteres Drängen, weder durch immer wiederholtes Vorlegen der Frage nach der Ursache des Streites, noch durch die direkte Frage die Erinnerung an das umstrittene Objekt zu wecken, dessen Affektbesetzung zu der zornmütigen Erregung geführt hatte. „Ja warum, ich weiß nicht, ich habe ihn geprügelt." (War es nicht wegen der Bibel?) „Mit der Bibel? nein" (ungläubig und erstaunt). (Er wollte Ihnen doch die Bibel wegnehmen?) „So?" (gleicher Ton und gleiche Mimik). Eine weitere Reaktion war darauf nicht zu erzielen, und er ließ sich den Tatbestand auch durch den positiven Vorhalt (P. hat Ihnen ja die Bibel aus der Hand gerissen usw.) nicht suggerieren, was mit Hinsicht auf die nach epileptischen Anfällen [Margulies [2])] und

[1]) Ev. eine Verdichtung mit einer dunkeln Erinnerung an die delirösen Erlebnisse im Dämmerzustand. Das tierische Brüllen u. a. m. ließen sich wohl am ehesten auf schreckhafte Wahnbildungen von Kampf und Angriffen zurückführen.

[2]) Suggestibilität im postepileptischen Zustande, Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 28 p. 73.

Ich konnte diese leichte Bestimmbarkeit kürzlich bei einem anderen Epileptiker im Abklingen eines Delirs beobachten, wobei der Suggestibilität in quantitativer und qualitativer Beziehung bestimmte Grenzen gezogen waren. Pat. ließ sich z. B. sehr leicht einreden, daß es nachmittags geregnet habe, daß er gänzlich durchnäßt wurde und daß ihn fror (es war ein schöner und warmer Nachmittag), nicht aber, daß er Bier getrunken, und nur mit Mühe, daß er 5 Franken geschenkt erhalten habe, indem er wenigstens den Versuch machte, einiges von den damit gemachten Ankäufen aufzuzählen.

Bei unserem Pat. S. steht der versuchten Suggestion das starke affektive Bedürfnis entgegen den Tatbestand zu vergessen.



nach stuporösen Dämmerzuständen konstatierte außerordentliche Suggestibilität (Kraepelin) besonders bemerkenswert scheint. Ob der Tatbestand später von Pat. doch noch erinnert wurde, habe ich nicht erfahren können, da aus dem jeweiligen Verhalten des Pat. eine sichere Entscheidung nicht zu treffen war.

Die letzten Eindrücke vor dem Einsetzen des Dämmerzustandes sind also sukzessive wie folgt aufgetaucht: zuerst die zeitlichen (er erinnerte auch den Tag) und räumlichen Verhältnisse, daran anknüpfend die zuletzt ausgeführten Handlungen, die Erinnerung an den Wärter — und erst auf stärkeres Eingreifen hin diejenigen Ereignisse, die zum eigentlich traumatisch wirkenden Erlebnis mehr weniger innige Beziehungen besitzen: der Streit und der Partner, während der Kern des affektreichen Erlebnisses selbst, der Angriff und die gewalttätige Bedrohung der Bibel sich der Erinnerung nicht mehr zugänglich erwiesen. Dagegen hatte der Kranke wiederum die Erinnerung für die Zeit unmittelbar hernach bis zum Eintritt stärkerer Bewußtseinstrübung bewahrt (Erinnerung, daß er zu Bett gebracht wurde, daß er einen Anfall bekam).

Derart ist von der anfänglich vorhandenen, dann aber beseitigten retrograden Amnesie eine nicht zu hebende scharf umschriebene Erinnerungslücke zurückgeblieben. Nach dem Hergang der Ereignisse stellt sich ihr Inhalt als der eigentlich affizierende Komplex heraus und hat — analog der nicht selten zu beobachtenden Sukzession von epileptischen Anfällen und starken Gemütsbewegungen — das auslösende Moment für den Dämmerzustand abgegeben, an dessen Entwicklung jener Affekt — im Initialstadium noch deutlich sichtbar — beteiligt war (Affektdämmerzustand). Anderseits läßt das Verhalten den aufgewandten Bemühungen gegenüber erkennen, daß dieser Inhalt der Wiedererinnerung das intensivste und, soweit wir untersuchen konnten, ein vielleicht unüberwindliches Widerstreben entgegensetzte. Um diesen Kern gruppieren sich mehr oder weniger lose die Erinnerungen, die sich dem Gedächtnis wieder zur Verfügung stellten. Von ihnen sind diejenigen später aufgetaucht und haben zu ihrem Bewußtwerden einen größeren Aufwand an Arbeit seitens des Untersuchers und des Kranken erfordert, die eine innigere Beziehung zu jenem Kernkomplex besitzen, während der Rest leicht und rasch zu wecken war.[3]) Die Reihenfolge, in der die einzelnen Erinnerungen auftauchten, scheint demnach durch die verschiedene Intensität des Widerstandes, dem entgegen die Wiederbelebung erfolgte, bestimmt. Die Intensität des Widerstandes, dessen Ausmaß wir aus der aufgewendeten Mühe erschließen, stellt sich um so größer dar, je stärker für das betreffende Element zufolge seiner Verbindung mit dem Kernkomplex die Affektbesetzung peinlicher Natur ausfallen resp. je mehr die zu weckende Erinnerung an diesen Affekt rühren mußte. Daß das zentrale Erlebnis selbst der Erinnerung vielleicht „dauernd" verloren ging und sein Vorhalt mit Erstaunen und Entrüstung zurückgewiesen wurde, steht unserer Auffassung von der Begründung der restierenden Erinnerungslücke durch ein Unlustmotiv keineswegs im Wege. In seiner Psychopathologie des Alltagslebens berichtet Freud von einem eigenen Beispiel, wo er erst im Lauf von Wochen alles so erinnerte, wie es fremde Hilfe hatte erwecken wollen.

Ich habe analoge Beobachtungen beim Epileptiker, insbesondere bei der epileptischen Amnesie bisher nicht machen können. Es liegt wohl daran, daß es dazu eines voraufgehenden affektreichen Erlebnisses bedarf, von dem der Arzt Kenntnis hat und dessen Wiedererinnerung dank seinen Beziehungen zu den Komplexkonstellationen[4]) des Kranken besonders unangenehm und peinlich empfunden würde. Auch wird man meist nicht in der Lage sein, die Rückkehr der Erinnerung bei anfänglicher retrograder Amnesie genügend lückenlos zu verfolgen, oder dieselbe bleibt überhaupt oder doch zum größten Teil bestehen. Es wäre aber schlechterdings unverständlich, wenn die von Freud in der Psychopathologie des Alltagslebens entwickelten und unzweifelhaft jeder menschlichen Psyche eignenden Mechanismen nicht auch beim Epileptiker Geltung und an der Amnesie Anteil hätten. Dabei wollen wir uns durchaus nicht verhehlen, daß es noch andere Gründe des Versehens (Vergessen, Versprechen, Fehlhandlungen) gibt und daß wir die Momente, welche die Auswahl in den Gedächtnisleistungen bei der epileptischen Amnesie bestimmen, damit keineswegs erschöpfen.

Die Klinik der Epilepsie hat uns übrigens eine Reihe von Tatsachen bekannt werden lassen, welche auf die Bedeutung psychischer Momente hinweisen. Ich nenne neben der Auslösung von epileptischen Anfällen und Dämmerzuständen durch

[3]) Die Räumlichkeit allein z. B. konnte nur durch die Verknüpfung mit dem Kernkomplex eine affizierende Wirkung erlangen.

[4]) Komplex hier im Sinne Bleulers. Die Religiosität des Epileptikers, die in unserem Falle die hohe Wertschätzung des Gebetbuches bedingte, wurzelt zweifellos selbst wieder in starken affektiven Bedürfnissen. Oft lassen sich unschwer Beziehungen zwischen ihr und der Sexualität erkennen.

psychische Faktoren die mannigfaltigen und sicher verbürgten psychischen Einflüsse auf Eintritt, Verlauf und Intensität derselben (Koupierung von Anfall und Dämmerzustand durch energisches Anrufen und Verbalsuggestion, die Möglichkeit den Anfall durch Willensakte aufzuschieben, die Seltenheit der epileptischen Zufälle bei festlichen Anlässen und Ausflügen usw.), ferner die Erzeugung epileptischer Anfälle und Dämmerzustände und die Hebung epileptischer Amnesien in der Hypnose.[5]) Die Möglichkeit epileptische Amnesien durch Hypnose zu beseitigen, hat einige Autoren wie Möbius, v. Muralt[6]) dazu geführt, dieselben oder doch den in der Hypnose zu behebenden Anteil derselben als hysterisches Symptom aufzufassen, was den Vorschlag zeitigte, durch Anwendung der Hypnose das Verhältnis der hysterischen heilbaren zur epileptischen, angeblich irreparablen Amnesie festzustellen [Binswanger[7])]. Wenn nicht überhaupt, so ist doch vielleicht stets ein größerer Anteil der Amnesie in solchen Fällen funktioneller Natur und man kann somit auch in unserer Beobachtung die anfängliche retrograde Amnesie als hysterische bezeichnen. Mir kam nur darauf an, an einem einfachen und durchsichtigen Beispiel nachzuweisen, daß innerhalb der zu beseitigenden Amnesie noch eine bestimmte Auswahl des Gedächtnisses (die Reihenfolge) stattfindet, und durch Beschaffung günstiger Assoziationsbedingungen (Hypnose, eindringliches Befragen) ein Teil sich wecken läßt, ein anderer nicht, der in besonders hohem Maße unlustbetont erscheint, und daß demnach die zurückbleibende Erinnerungslücke gleichfalls eine psychische Motivierung zu erkennen gibt.

[5]) Vgl. insbesondere Riklin, Hebung epileptischer Amnesien in der Hypnose, Zürich 1903, und Loewenfeld, Lehrbuch der gesamten Psychotherapie, 1897. Auch Kraepelin erwähnt eine ganze Anzahl derartiger Erfahrungen. — In den von Stekel (Die psychische Behandlung der Epilepsie, Zentralblatt f. Psychoanalyse Bd. I, wo der Autor p. 234 erklärt: „Die Epilepsie ist häufiger, als wir bisher geglaubt haben, ein psychogenes Leiden") mitgeteilten Fällen dagegen, bei denen die Psyche den ausschlaggebenden Faktor bildet, handelt es sich eben nicht um Epilepsie.

[6]) Zur Frage der epileptischen Amnesie, Zeitschr. f. Hypnotismus Bd. X 1902.

[7]) Über einen Fall von totaler retrograder Amnesie, Leydensche Festschrift Bd. II, Berlin 1902.

Mitteilungen.

— **Der Hilfsverein für entlassene Geisteskranke im Königreich Sachsen** hielt am 26. Mai seine Ausschußmitglieder- und Mitglieder-Versammlung in Dresden ab. Der Vorsitzende des Vereins, Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. Ackermann-Großschweidnitz leitete die Versammlung und gab den Jahresbericht. Er würdigte darin in warmen Worten die Verdienste des ersten Vorsitzenden und Mitbegründers des Vereins, des in diesem Jahre verstorbenen Geheimen Rats Dr. Weber, der dem Verein auch ein Vermächtnis hinterlassen hat. Die Mitgliederzahl des Vereins ist leider etwas gesunken, die Summe der Jahresbeiträge etwas gestiegen, aber die Höhe der Unterstützungen beträchtlich, um über 1400 Mark gegenüber dem Vorjahre, gewachsen, ein Beweis, wie notwendig die Arbeit des Vereins ist. Den Kassenbericht erstattete Oberarzt Dr. Heinicke-Großschweidnitz. Mit dankenden Worten für seine Mühewaltung wurde ihm Entlastung erteilt. Einen längeren Raum nahm die Aussprache über die Fürsorge für entlassene Geisteskranke ein, die vor allem in persönlicher Anteilnahme durch Vertrauenspersonen, Männer wie Frauen, ausgeübt und möglichst ausgebaut werden soll. Damit wird eine bisher schon bestehende Aufgabe des Vereins noch vertieft und weiter ausgestaltet. Ausschußmitglied des Hilfsvereins für Geisteskranke für Dresden-A. ist Geheimer Sanitätsrat Dr. Ganser, für Dresden-N. Sanitätsrat Dr. Böhmig.

— **Schutzmaßnahmen gegen unerkannte Geisteskranke?** Über die Notwendigkeit gesetzlicher Maßnahmen zum Schutze gegen unerkannte Geisteskranke, die Rechtsgeschäfte abschließen, waren Erhebungen eingeleitet, die vor kurzem zum Abschluß gelangt sind. Auf Grund des vorliegenden Materials ist das Reichsjustizamt in eine Prüfung der Frage eingetreten, ob sich die Ausarbeitung eines Gesetzentwurfes zum Schutz der Geschäftswelt gegen solche Geisteskranke als notwendig erweist. Die Umfragen haben ergeben, daß lediglich in Groß-Berlin einige Erfahrungen gemacht worden sind, die das Bedürfnis eines verstärkten Schutzes bejahen könnten. Die sonstigen Ermittelungen, die sich auf 10 Jahre zurückbeziehen, haben nicht die Notwendigkeit ergeben, daß eine Abänderung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen erforderlich ist.

Referate.

— Metzner, Prof. Dr. R.: Einiges vom Bau und von den Leistungen des sympathischen Nervensystems, besonders in Beziehung auf seine emotionelle Erregung. Jena 1913, Verl. von Fischer. 29 S. 1,— M.

Vorstehende, in der Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze Heft 21 erschienene Arbeit gibt den Inhalt einer Rektoratsrede vom



Jahre 1911 wieder. — Der Sympathikus beherrscht unser vegetatives Leben, teils direkt, teils indirekt durch Einwirkung auf die Blutdrüsen und die chemische Zusammensetzung ihrer Produkte. Im Gegensatz zu den „somatischen" Nerven, die in regelmäßigen Abständen aus dem Zentralnervensystem entspringen, geben Gehirn und Rückenmark nur an gewissen Stellen sympathische Fasern ab (am Mittel- und Nachhirn, Brust- und obere Lendenteil, Sakralmark), außerdem ist der Verlauf der sympathischen Nervenfaser im Gegensatz zur somatischen an einer Verlaufsstelle durch Einschaltung einer „Relaisstation" (Ganglienzelle) unterbrochen. Den Treffpunkt der präganglionären und postganglionären Faser bildet die Synapse. Ein Teil des Sympathikus (das parasympathische kranial- und sacralautonome System) ist von den anderen sympathischen Nervenfasern funktionell unterschieden, sie sind Antagonisten. An der Hand dieser Feststellungen bespricht Verf. eine Reihe von Giftwirkungen und die emotionellen Erscheinungen, wobei er im Gegensatz zu den Theorien Lange's und James's die Erregung höherer Hirnteile als das Primäre und die Begleiterscheinungen der Affekte als sekundäre Wirkung des Sympathikus auffaßt. Albrecht-Treptow.

— Kampmann, E.: Zwangsvorstellungen bei Nervösen, Anthropos-Verlag, Berlin-Steglitz.

Eine Laienschrift, für Laien bestimmt. Störend wirkt vielfach die Unbekanntschaft mit Fremdwörtern (z. B. Irretation, tranzsentale Kraft), die wegen ihres öfteren Auftretens kaum dem Setzer zur Last gelegt werden kann. Albrecht-Treptow.

Therapeutisches.

— **Epilepsie und Luminal.** Von Medizinalrat Dr. W. Fuchs. Aus der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Vortrag auf der Versammlung der Südwestdeutschen Psychiater zu Karlsruhe am 22. und 23. Nov. 1913 (Münch. med. Wochenschr., 21. April 1914.)

In der Emmendinger Anstalt wurden seit einer Reihe von Monaten Versuche mit Luminal bei Epilepsie mit vielem Erfolg gemacht.

Fuchs faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Luminal ist für viele Fälle von Epilepsie ein Anfallsspezifikum, welches selbst im Status seine Wirkung behält.

2. Das Luminal ist für eine Anzahl von Epileptikern ein Psychospezifikum; diese Spezifität braucht nicht an die Anfallsspezifität gebunden zu sein.

3. Das Luminal ist für diese beiden Aufgaben das beste zurzeit existierende Spezifikum.

4. Eine absolute Kontraindikation kenne ich bisher nicht.

5. Luminal muß trotzdem als ein gefährliches Mittel bezeichnet werden, zum mindesten so lange wir nicht die Ursache der auf Aussetzen des Mittels eintretenden schweren Zustände kennen.

Die ganz unzweifelhafte Bedingtheit der Besserung durch Luminal geht nämlich soweit, daß das Fortlassen des Luminals die Krankheit in verstärkter Form freiwerden lassen kann; die bei Luminalentwöhnung auftretenden Zustände sind vielfach äußerst schwer und ernst. Bei Nichtepileptikern scheinen derartige Abstinenzerscheinungen vollkommen auszubleiben.

Die große Mehrzahl der Fälle erfährt eine erhebliche und ein starker Bruchteil eine bis auf Null gehende Verringerung der Anfallsfrequenz. „Für das Leben auf der Abteilung ist das von kaum zu überschätzender Bedeutung. Der ganze Verkehr und Betrieb gewinnt außerordentlich an Sicherheit und Behaglichkeit, die Anfallsverletzungen mit ihren blutigen Konsequenzen werden zu seltenen Ausnahmen."

Eine Vorbereitung der Luminalentwöhnung durch Bromdarreichung wirkt prophylaktisch.

F. gibt meistens 2 mal 0,15 Luminal pro die. Er empfiehlt mit 3 mal 0,075 täglich anzufangen. 2 mal 0,3 sei im allgemeinen schon etwas viel. Manche Kranken bieten schon bei 2 mal 0,15 pro die eine subjektive übrigens behagliche Schlafsucht, einen Luminalrausch.

Weitere systematische Untersuchungen werden vielleicht ergeben, bei welcher Art von Epilepsie die günstige Wirkung dieses interessanten Präparates mit Sicherheit erwartet werden darf; daß solche Vorausbestimmung der Anfallsheilung durch Luminal möglich ist, glaubt F. aus seinen Beobachtungen entnehmen zu können (z. B. Epileptiker mit vielen, einigermaßen regelmäßig verteilten oder gruppierten, vornehmlich nächtlichen Anfällen und mit der Neigung zu echt epileptischen, tief alienierten Psychosen).

F. empfiehlt Kontrolle der Luminalwirkung durch die Abderhaldensche Methode.

— Über **Dial-Ciba** (Diallylbarbitursäure), ein neues Hypnotikum. Von Dr. W. Zuelchaur, II. Arzt. Aus dem Dr. Muchaschen Sanatorium für weibliche Gemüts- und Nervenkranke in Berlin-Buchholz. (Deutsch. med. Wochenschrift, 7. Mai 1914, Nr. 19.)

Z. kommt zu folgendem Resultat:

Das Dial ist ein Hypnotikum und Sedativum, das sich bezüglich seiner Wirksamkeit den anderen neueren Präparaten dieser Art durchaus gleichwertig an die Seite stellen läßt, ja sogar in viel kleineren Dosen die gleiche Wirkung entfaltet wie sie, besitzt aber infolge seines billigeren Preises eine bei weitem größere Anwendungsmöglichkeit. Die geeigneten Dosen sind bei leichteren Fällen von Schlaflosigkeit 1 bis $1^1/_2$ Tablette eine halbe Stunde vor dem Zubettgehen, bei schwereren Fällen oder bei Psychosen als Schlafmittel 2 bis 3 bis 4 Tabletten, bei letzteren als Sedativum gegen leichte Unruhezustände dreimal täglich eine Tablette, gegen schwere Erregungszustände 2 bis 3 Tabletten als einzelne Gabe, eventuell wiederholt. Sollte sich bei länger dauerndem Gebrauch des Präparats die Wirksamkeit des Dial vermindern, so empfiehlt es sich, das Mittel für einige Tage auszusetzen, da nach einer Pause von wenigen Tagen wieder die volle Wirkung des Dial-Ciba hervortritt."

Eine Tablette enthält 0,1 g; sie ist in der Mitte gut



gekerbt, so daß sich die Dosis von 1 ½ Tabletten gleich 0,15 g wirksamer Substanz leicht herstellen läßt.

Schädliche Wirkungen auf die Nieren wurden von Z. nicht beobachtet.

Dial-Ciba wird hergestellt von der Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, Pharmazeutische Abteilung.

— Beitrag zur Wirkung eines neuen Schlafmittels, des **Dial-Ciba.** Von Dr. Felix Mayer. Aus der Nervenpoliklinik von Dr. Toby Cohn. (Neurolog. Zentralblatt 1914, 1. Mai, Nr. 9.)

„Alles in allem glauben wir nach unseren Erfahrungen das Dial als ein zuverlässiges und angenehmes Hypnotikum empfehlen zu dürfen, das in der Dosis von 0,1 bis 0,15 = 1 bis 1½ Tabletten in der Regel schon wirkt und in der Dosis von 0,2 = 2 Tabletten auch bei schwerer Schlaflosigkeit die erwünschte Nachtruhe schafft. Wir gewannen ferner den Eindruck von dem Dial, daß es in der Dosis von 0,1 bis 0,15 = 1 bis 1½ Tabletten bezüglich seiner schlafmachenden Wirkung eine Mittelstellung einnimmt zwischen dem Adalin und dem Veronal in den therapeutischen Dosen. Darin sehen wir einen gewissen Vorzug; denn wir begegnen oft Fällen, die auf 0,5 bis 1,0 g Adalin zu wenig und auf 0,5 g Veronal zu stark reagieren. Ein weiterer Vorzug ist besonders für die Armen- und Kassenpraxis der niedrige Preis."

— Neuere Erfahrungen über die Wirkung des **Argatoxyls** bei septischen Erkrankungen. Von Dr. Paul Rosenstein, dirigierender Arzt. (Aus der Chirurgischen Privatklinik und aus der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Hasenheide in Berlin.) Vorgetragen in der Berliner medizin. Gesellschaft, 14. I. 1914. Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 16 und 17, 1914. R. kommt in seiner längeren Abhandlung zu folgendem Schluß:

„Das atoxylsaure Silber oder Argatoxyl ist ein wertvolles Hilfsmittel im Kampfe gegen septische Prozesse. Es eignet sich zur intramuskulären und die Piperazinlösung auch zur intravenösen Injektion. Das Präparat ist vollkommen ungefährlich, daher nicht nur zu empfehlen bei schweren Allgemeininfektionen, sondern auch bei leichteren Infektionen, die mit anderer speziell chirurgischer Therapie nicht gänzlich beherrscht werden. Es scheint geeignet zu sein, mitunter bei parametritischen und Adnexaffektionen in der gynäkologischen Praxis an Stelle der operativen Therapie zu treten. Das Argatoxyl wirkt sowohl durch seine bakterizide Tätigkeit wie durch Erhöhung der Abwehrkraft des Organismus (Leukozytose). Die Aussichten auf Heilung wachsen mit der durch das Argatoxyl hervorgerufenen Vermehrung der weißen Blutkörperchen.[1])

[1]) Das Präparat ist erhältlich in der Kaiser-Friedrich Apotheke, Berlin NW., Karlstraße 20 a.

Anstaltstechnisches.

— Gegenüber den vielen kaffeeartigen und Kaffeeersatz-Getränken, die von Zeit zu Zeit auftauchen und wieder verschwinden, hat **Kathreiners Malzkaffee** nicht nur seinen festen Platz behauptet, sondern immer mehr an Beliebtheit gewonnen. Er verdient namentlich in Sanatorien zum Frühstücksgetränk verwendet zu werden. Er enthält keine Spur Koffein, überhaupt keine Stoffe, die dem Herzen oder den Nerven im mindesten schaden könnten. Sein feines würziges Aroma läßt auch verwöhnten Kaffeetrinkern den Verzicht auf Bohnenkaffee leicht werden. Zudem ist Kathreiners Malzkaffee billig.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Wien.** Dr. O. Marburg, Professor für Neurologie an der Universität Wien, wurde zum Mitglied der Kaiserlich Leopoldinisch-Karolinischen Akademie deutscher Naturforscher in Halle a. S. ernannt.

— **Prag.** Der Titel eines k. k. Medizinalrats wurde verliehen dem Primärarzt der Landesirrenanstalt in Prag, Dr. Johann Klucina.

— **Prov. Brandenburg.** Zu Sanitätsräten sind ernannt Dr. Knörr, Direktor der Landesirrenanstalt Teupitz, und Dr. Riebeth, Direktor der Landesirrenanstalt Landsberg.

— **Berlin.** Dr. Falkenberg, Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge, Berlin-Lichtenberg, ist zum Sanitätsrat ernannt.

— **Langenhagen.** Oberarzt Dr. Mönckemöller von der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim ist zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen ernannt worden.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

— **Meyers Großes Konversations-Lexikon.** Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. I. Ergänzungsband (XXI. Band). In Halbleder 10 M. Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien. Dieser Ergänzungsband ist genau in Ausstattung und Anlage des Hauptwerkes erschienen und hat alles das aufgenommen, was seit Ausgabe der einzelnen Bände an Neuerungen und Veränderungen zu verzeichnen ist. Diese erstrecken sich naturgemäß auf alle Gebiete unseres Wissens und Könnens und sind sehr gewissenhaft registriert. Die Geschichte und die wirtschaftliche Entwickelung der Staaten ist bis auf die neueste Zeit fortgeführt. Sozialpolitik, Gesetzgebung, Verkehrswesen, Heer und Marine, Statistik, namhafte Zeitgenossen aus allen Berufszweigen sind in sachgemäßer Weise in den Kreis der Betrachtung gezogen worden. Als Artikel von allgemeinem Interesse seien genannt: „Frauenarbeit", „Frauenbewegung", „Heimatschutz", „Empfindungsvermögen der Pflanzen", „Laubwechsel", „Perlenbildung", „Radioaktivität", „Veränderungen der Nordseeküste", „Deutschamerikanische Literatur", „Infektionskrankheiten", „Krebsbekämpfung", „Schlafkrankheit", „Reichsfinanzreform", „Raumkunst", „Drahtlose Telegraphie", „Fernphotographie", „Fernzeichner", „Luftschiffahrt", „Ballonschiffe", „Schmetterlinge" (Veränderungen unter dem Einfluß von Wärme und Kälte). Die reiche Ausstattung des Bandes mit Abbildungen, Karten und Plänen sei besonders betont. Er enthält deren mehr als 800 im Text und auf 89 Tafeln (darunter 8 Farbendrucktafeln und 12 selbständige Karten) sowie 16 Textbeilagen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — **Erscheint jeden Sonnabend.**
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — **Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.**
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 12. 20. Juni **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Abderhaldensche Serodiagnostik in der Psychiatrie.

Übersichtsreferat von Oberarzt Dr. **Bresler.**

(Fortsetzung des Referats Jahrgang XV, Nr. 16, 20, 27.)

Ahrens[5a]) fand, daß, wenn irgendwo im Körper Nervengewebe schwer erkrankt ist oder zugrunde geht, im Serum Fermente auftreten, welche Nervengewebe abbauen, so bei Neuritis, Schlauchlähmung, Syringomyelie, spinale Muskelatrophie und Verletzungen des Gehirns. Beim Tierversuch trat nach Trepanation mit Einschneidung der Dura Ferment auf, und zwar schon nach wenigen Tagen, und war nachweisbar bis zur Heilung oder Heilung mit Defekt, letzteres z. B. nach Nervenresektion beim Hunde. Die Abderhaldenmethode dient also nicht nur zum Nachweis der Krankheit selbst, sondern auch zum Nachweis der Dauer. Die einzelnen Gehirnteile und Nerven besitzen nicht, etwa der Verschiedenheit der anatomischen Beschaffenheit und Funktion entsprechend, die Fähigkeit, bei Erkrankung verschiedene Fermente entstehen zu lassen; denn z. B. nach Optikusdurchschneidung beim Hunde wurden neben Gehirn alle möglichen peripheren Nerven zugleich abgebaut; bei Neuritiden und Schlauchlähmung am Arm zeigte sich Abbau von Gehirn. „Es scheinen demnach alle Gehirnteile und Nerven so viel gemeinschaftliche Elemente zu besitzen, daß die etwaigen spezifischen verdeckt werden." Dies stimmt mit den Beobachtungen Delezennes überein, wonach für die einzelnen Teile des Zentralnervensystems spezifische neurotoxische Sera nicht erzielt werden konnten.

Neue[5b]) fand unter 14 männlichen Dementia-praecox-Kranken bei 11 den Abbau von Hoden, bei 2 von Schilddrüse, bei 1 von Hoden und Schilddrüse, bei 13 von Gehirn. Der mit Gehirn negativ reagierende Fall, der übrigens Schilddrüse abbaute, ist eine seit Jahren unveränderte Dementia praecox. Unter 12 weiblichen Dementia-praecox-Kranken bei 8 Abbau von Ovarium, bei 1 von Schilddrüse, bei 2 von Ovarium und Schilddrüse, bei 1 weder von Ovarium noch von Schilddrüse; ausgenommen diesen und den nur auf Schilddrüse reagierenden Fall (beide alte, stillstehende Dementia paranoides) fand sich bei diesen weiblichen Kranken Abbau von Gehirn. Auch unter den Gehirn abbauenden Fällen fanden sich solche mit stationärem klinischen Bild. Bei 2 Männern im Alter von 60 und 65 Jahren fand sich Abbau von Prostata. Die auf Schilddrüse reagierenden Fälle zeigten keine erkennbare Veränderung dieses Organs. Bei den weiblichen Patienten fand sich kein Abbau von Hoden.

Dementia paralytica, 14 Fälle. Mit Ausnahme einer vor ganz kurzer Zeit mit einem epileptiformen Anfall in Erscheinung getretenen Paralyse wurde stets Gehirn abgebaut (und zwar durch Blutserum), häufig auch, ohne bestimmte Bevorzugung, Hoden, Leber, Pankreas und besonders oft Niere; im Falle einer graviden Paralytika neben Gehirn auch Plazenta. Die Untersuchung

[5a]) Über Abderhaldenreaktion bei Nervenkranken. Von Ahrens in Jena. Sitzung der naturwissenschaftl.-medizin. Gesellschaft zu Jena vom 26. Juni 1913. Münch. med. Wochenschr. Nr. 33 vom 19. August 1913.

[5b]) Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Vortrag im Greifswalder med. Verein am 18. Juli 1913. Deutsch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 49.



mittelst des Liquor cerebrospinalis in 7 Fällen ergab nur in einem Fall positives Resultat.

Lues cerebrospinalis, 3 Fälle: Abbau von Gehirn in allen 3 Fällen, von Leber in einem Falle.

Tabes dorsalis, 1 Fall: Abbau von Gehirn und Niere; Rückenmark stand nicht zur Verfügung.

Dementia senilis, Hirnarteriosklerose, 7 Fälle: Mit einer Ausnahme Abbau von Gehirn (4 mal nur angedeutet) und Prostata (3 mal nur angedeutet), 4 mal Hoden, vereinzelt auch von anderen Organen. Bei einer weiblichen Dementia senilis Abbau von Gehirn (deutlich), von Ovarium und Uterus (schwach), nicht von Schilddrüse und Hoden. Bei einer weiblichen Dementia arteriosclerotica Abbau von Ovarium und Eileiter (deutlich), von Uterus (schwach); Gehirn, Schilddrüse, Hoden negativ.

Bei Sera von 15 ganz verschiedenartigen Erkrankungen (manisch-depressives Irresein, Pychopathien, Neurosen, Epilepsie usw.) fiel der seltene Abbau gerade der Organe auf, die in den obigen Gruppen am häufigsten gespalten wurden. Bei 2 Fällen von Addisonscher Krankheit Abbau von Nebenniere. Bei 9 gesunden männlichen Personen im Alter von 20 bis 25 Jahren, bei denen mit den verschiedensten Organen, besonders Großhirn, Hoden und Schilddrüse untersucht wurde, zeigte sich je einmal Abbau von Schilddrüse, Niere und Pankreas, je 2 mal von Hoden und Leber.

W. Mayer[6]) fand bei 12 Fällen von Dementia praecox in allen Fällen Abbau von Geschlechtsdrüse, und zwar bei den männlichen Kranken gegen Hoden, bei den weiblichen gegen Eierstock; unter 11 Fällen in 8 Abbau von Gehirnrinde, in 11 unter 12 untersuchten Fällen 10 mal gegen normale Schilddrüse, einer davon auch mit kolloidalem Strumagewebe. 8 mit Leber untersuchte Sera ergaben negativen Befund. 1 Fall mit multipler Blutdrüsenerkrankung ergab starken Abbau von Nebenniere; zwei andere nicht komplizierte Fälle von Dementia praecox, die auf Abbau von Nebenniere untersucht wurden, waren negativ. — In drei Fällen wurde neben menschlichem Hoden Stierhoden verwendet, zweimal mit positiver, einmal mit negativer Reaktion. — Zwischen akuten und chronischen Fällen ergab sich kein Unterschied. Ein Fall, welcher den Typus eines Endzustandes darstellte, reagierte mit Hirnrinde, Schilddrüse und Hoden positiv (Fauser hat Gegenteiliges beobachtet bei Endzuständen. — Ob Hoden, Schilddrüse und Gehirnrinde gleichzeitig oder in ursächlichem gegenseitigem Zusammenhang abbauen, ließ sich nicht ermitteln.

Korsakowsche Psychose. 2 Fälle: ein traumatischer zeigte keine Abwehrfermente, ein alkoholischer solche gegen Gehirnrinde und Leber.

Manisch-depressives Irresein. 6 Fälle: bei keinem fand sich Abwehrferment gegen Hirnrinde, Schilddrüse, Hoden, Leber, Nebennieren; nur in einem Falle mit Diabetes gegen Leber.

Paralyse. 5 Fälle: alle reagierten mit Hirnrinde positiv, 4 mit Hoden positiv, 2 mit Schilddrüse positiv, 4 mit Leber positiv, keiner mit Niere positiv. — In zwei Fällen zeigten sich bei gleichem Zustandsbild im Verlauf eines Monats mit Hoden und Leber verschiedene Resultate. — Rinde und Leber vom Kalb gaben die gleiche Reaktion wie die Rinde und Leber vom Menschen. — Die Reaktion mit Liquor cerebrospinalis fiel stets negativ aus.

Lues cerebri. 1 Fall mit Korsakowschem Symptomenkomplex: Abwehrferment gegen Hirnrinde und Leber.

Verschiedene andere Erkrankungen. 2 Fälle von einfachem Alkoholismus, 2 Psychopathien, 1 multiple Enzephalomalazie auf arterioskerotischer Grundlage, 1 senile Demenz, 1 Paranoia, 1 Epilepsie (petit mal), 1 unsicherer Fall (depressive Form der Dementia praecox?) zeigten keine Abbaufermente. 1 plurigianduläre Erkrankung (multiple Blutdrüsensklerose?) zeigte Ferment gegen Hoden und Schilddrüse, 1 Paralysis agitans gegen Nebenniere, 1 Basedow Abbauferment gegen Rinde, normale Schilddrüse, Kolloidstruma, Nebenniere und Ovarium (nicht gegen Hoden; also auch hier Geschlechtsspezifität).

Paradoxe Reaktionen sind nach Mayer die Folge von Versuchsfehlern.

P. Joedicke[7]) hat bei sieben Fällen ausgesprochener mongoloider Idiotie auf Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Geschlechtsdrüsen, Nebennieren, Nieren, Leber, Pankreas und Muskel untersucht, während Thymus leider nicht zur Verfügung stand. In folgendem sind die Resultate von ihm kurz angeführt:

Fall 1, männlich. Hoden +. Alle anderen Organe —.

Fall 2, weiblich. Gehirn, Ovarien, Nebenniere,

[6]) Die Bedeutung der Abderhaldenschen Serodiagnostik. Von W. Mayer. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 37.

[7]) Zum Nachweis von organabbauenden Fermenten im Blute von Mongolen. Aus den Kückenmühler Anstalten in Stettin. Von Oberarzt Dr. P. Joedicke. Wien. klin. Rundschau 1913 Nr. 38.

+. Leber? Alle anderen Organe inklusive Hoden —.

Fall 3, männlich. Gehirn, Hoden, Niere +. Alle anderen Organe —.

Fall 4, weiblich. Gehirn, Ovarien, Pankreas +. Niere, Nebenniere? Alle anderen Organe —.

Fall 5, männlich. Gehirn, Hoden, Niere, Nebenniere +. Alle anderen Organe inklusive Ovarien —.

Fall 6, männlich. Gehirn, Hoden, Leber +. Alle anderen Organe —.

Fall 7, weiblich. Gehirn, Nebenniere +. Alle anderen Organe —.

In keinem Falle konnte eine Dysfunktion der Schilddrüse nachgewiesen werden. Dies bestätigt die Angaben von Neumann (Berl. Klin. Woch. 1899 Nr. 30), Comby und Bourneville (Arch. de méd. des enf. 1906 Nr. 9), sowie Joedickes eigene pathologisch-anatomischen Erfahrungen.

Mit einer Ausnahme wurde eine Reihe von Organen abgebaut. Joedicke schließt daraus, daß schwere Organschädigungen mit hochgradigen Stoffwechselstörungen stattgefunden haben, die einen Zusammenbruch ganzer Zellenkomplexe zur Folge hatten. Infolge fermentativen Abbaus der heterogensten Zellbausteine kommt es zu den verschiedensten unvollständig abgebauten Produkten.

In allen Fällen, mit Ausnahme von Nr. 7, wurden spezifische Fermente gegen Geschlechtsdrüsen derselben Art gefunden; dies spricht für eine besondere pathogenetische Bedeutung der Keimdrüsen. Die vielfach auch von Joedicke beobachteten Hypoplasien der Genitalorgane bei Mongolen sprechen zugunsten dieser Anschauung.

Unvollständig abgebaute Stoffwechselprodukte einer Reihe anderer Organe, vor allem Keimdrüsen, zirkulieren vermutlich schon frühzeitig im Blute des Embryo und rufen sekundär die Schädigung und Entwicklungsstörung im Zentralnervensystem hervor. Als Ursache dieser Erscheinungen kämen letzten Endes deletäre Wirkungen der Eltern in Betracht.

Hussels[8]) hatte folgende Resultate:

„In dem Blutserum der untersuchten Gesunden und Hysteriker männlichen Geschlechts wurden Abwehrfermente gegen Gehirn, Hoden, Leber, Plazenta und Karzinomgewebe nicht gefunden.

Niemals wurde eine positive Reaktion beobachtet bei Ansetzen von Organen mit inaktivem Serum, mit Ausnahme der wenigen Fälle (Paralyse), in denen schon das Dialysat des betreffenden aktiven Serums allein eine schwach positive Ninhydrinreaktion gab.

Bei 9 sicheren Fällen von Dementia praecox, bei ganz frischen, wie bei älteren, sowohl bei ruhigen wie bei erregten Kranken von hebephrenem wie katatonem Typus wurde regelmäßig Gehirn und Hoden, nie Plazenta abgebaut.

Bei einem gehemmten Katatoniker fanden sich dauernd sicher keine Abwehrfermente.

Bei 14 sicheren Paralytikern war die Reaktion, deren Stärke auffiel, für Gehirn regelmäßig, für Hoden dreimal und auch für Plazenta zweimal positiv. Letzteres kann, da die betreffenden Kontrollen negativ waren, vorläufig nur durch einen Versuchsfehler erklärt werden, der wohl darin bestand, daß die angewandten Plazentastückchen nicht vollkommen blutfrei waren, obwohl die gleiche Plazenta sonst niemals positive Reaktion gegeben hatte.

In 20 verschiedenen Fällen wurde auch Karzinom- und Lebergewebe verwendet. Abbau des ersteren fand sich nur bei einem auf Karzinom dringend verdächtigen Kranken, letzteres gab aber dreimal, und zwar mit Paralytikerserum positive Reaktion, so daß wiederum an der Blutreinheit der betreffenden Leberstückchen Zweifel aufstiegen, obwohl ja auch durchaus möglich ist, daß in diesen Fällen eine Dysfunktion der Leber tatsächlich vorliegt."

Über die Abderhaldensche Seroreaktion bei Epileptikern hat O. Binswanger[9]) Mitteilung gemacht. Die Untersuchungsreihe zählte 22 Fälle, in denen die Blutentnahme im intervallären Stadium stattfand. Bei 17 einwandfreien Beobachtungen ergab sie folgendes.

9 Fälle — bei Blutentnahme 6 Tage und später nach dem Anfall — zeigten Abbauferment gegen Gehirn; 5 Fälle waren einwandfrei negativ. Von den 9 positiven Fällen zeigten 6 ausgesprochene epileptische Demenz, 1 beginnende geistige Schwäche; ein Epileptiker mit nächtlichen Anfällen, aber ohne Intelligenzdefekt [traumatische (?) Epilepsie] reagierte positiv; es war nicht auszuschließen, daß nächtliche Anfälle nicht zur Kenntnis gelangt waren, denn die Blutentnahme geschah in einer anfallfreien Zeit.

Die Fälle mit negativem intervallärem Befund waren: ein 15 jähriger Knabe (bei der Trepanation starke Leptomeningitis mit sulzigem Ödem und

[8]) Über die Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. Hussels. Vorläufige Mitteilung aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1913 XV S. 329.

[9]) Die Abderhaldensche Seroreaktion bei Epileptikern. Von O. Binswanger. Münch. med. Wochenschr. Nr. 42 vom 21. Oktober 1913.



kleinen weißen fibrösen Knötchen an den Gefäßen), ein Patient mit vom 6. Lebensmonat an bestehenden Anfällen und ein Patient, der seit dem 8. Lebensjahr umschriebene Krampferscheinungen hatte — alle drei der organischen Epilepsie zugehörig. (Bei dem letzteren hat übrigens — wie in 2 anderen — Luminal die Krämpfe zum Schwinden gebracht.) Trotz des organischen Charakters des Leidens war in diesen 3 Fällen das Leiden nicht progredient, auch nicht hinsichtlich Intelligenzzunahme. Die beiden anderen Fälle mit negativer Reaktion in intervallärem Stadium gehörten der „dynamisch-konstitutionellen" Epilepsie an; sie hatte sich nach der Pubertät entwickelt und bisher nicht zu Demenz geführt.

In 7 Fällen erfolgte die Blutentnahme unmittelbar nach dem Anfall, in 2 weiteren Fällen (epileptische Demenz) zwei Tage, in einem Fall (keine Demenz) fünf Tage nach dem Anfall. In allen diesen Fällen wurde Großhirnrinde abgebaut.

In 5 Fällen mit negativem Befund im intervallären Stadium handelte es sich dreimal um Patientinnen, bei welchen die Diagnose zwischen Hysterie und Epilepsie schwankte. In dem einen erfolgte die Blutentnahme sechs Tage nach dem letzten Anfall; die Reaktion verlief negativ; dagegen mit Ovarium positiv; im zweiten (traumatische Epilepsie konnte die sonst negative Reaktion nicht unmittelbar nach dem Ausfall stattfinden; ebensowenig im dritten, wo die Reaktion 4 Wochen nach dem letzten Anfall negativ war; eine Entscheidung konnte also einstweilen nicht gefällt werden, da paroxysmales Blut oder postparoxysmales hierzu nötig ist.

Bei einem tief verblödeten Epileptiker mit nur seltenen Anfällen war die Reaktion bei der Blutentnahme im Intervall negativ; vielleicht weil in Endstadien der epileptischen Verblödung keine Abwehrfermente gegen Hirn produziert werden, sobald der Abbau desselben vollendet ist, oder weil die Anfälle selten waren.

Bei einem chronisch-dementen Epileptiker ergab Blutentnahme im Dämmerzustand keine Abwehrfermente gegen Hirnabbau (dagegen gegen Lungenabbau; der Kranke litt an Schluckpneumonie).

In der Sektion f. Heilkunde d. medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu Jena, Sitzung v. 15. Januar 1914, berichtete Binswanger[10]) über 38 weitere Fälle von Epileptikern, die mittels des Abderhalden-Verfahrens auf Abbauvorgänge geprüft worden sind. Die früheren Ergebnisse haben sich bestätigt. Der in der früheren Mitteilung erwähnte 15 jährige trepanierte Knabe wurde bei einer neuerlich durchgeführten Untersuchung wiederum ohne Abbauvorgänge befunden. Der Patient ist gänzlich anfallsfrei geblieben, hat sich körperlich und geistig sehr gut weiter entwickelt. Erwähnenswert sind folgende Beobachtungen:

1. 30 jähriger Bankbeamter, der von 3 bis 4 Anfällen im Jahr heimgesucht wird (die epileptische Erkrankung besteht schon seit 7 Jahren und hat bislang keinerlei Einbuße der intellektuellen Leistungen herbeigeführt) und intervallär keine Abbauvorgänge zeigt. Es handelt sich also um einen reinen Fall eines nicht dementen Epileptikers.

2. Zwei Beobachtungen mit negativen Ergebnissen trotz zahlreicher abortiver Anfälle.

3. Die Beobachtung eines 16 jährigen Patienten, der in seinem 9. Lebensjahre beim Rodeln eine „leichte" Gehirnerschütterung mit Ohnmacht und Erbrechen erlitten hat und im August vorigen Jahres mit Anfällen von Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindel erkrankte. Die Anfälle dauerten bis zu einer Viertelstunde. Dies Leiden soll sich im Anschluß an eine Fischvergiftung, an der auch andere Familienmitglieder erkrankt waren, entwickelt haben und hatte z. T. direkt den Charakter von Migräneanfällen. In einzelnen Anfällen redete er wirres Zeug, schimpft, läuft hin und her und hat „Nervenzucken" im Auge. Dauer dieser Anfälle bis zu 10 Minuten. Nachher starker Kopfschmerz und Amnesie für die im Anfall ausgestoßenen Redensarten. Die Anfälle haben sich in der letzten Zeit mehrfach täglich wiederholt, in einem der Anfälle wurde er sehr erregt, bedrohte die Umgebung mit dem Messer, wollte weglaufen, sich ins Wasser stürzen. Bei mehrwöchentlicher klinischer Behandlung mit Luminal 0,05 zweimal täglich schwanden diese Anfälle vollständig. Die Diagnose schwankte zwischen Epilepsie und Hysterie. Es wurden im Laufe der Monate drei Abderhalden-Untersuchungen ausgeführt. Zweimal war Gehirnabbau +, bei der dritten, erst vor wenigen Tagen ausgeführten Untersuchung Gehirnabbau —. Es bestand anfänglich Abbau von Nervensubstanz, kein Hodenabbau.

Diese Befunde müssen nach Binswanger für die Diagnose der Epilepsie verwertet werden und weisen darauf hin, daß auch in Fällen larvierter „psychischer Epilepsie" Abbauvorgänge im Gehirn stattfinden. Bemerkenswert ist, daß mit Schwinden der Anfälle der Gehirnabbau aufhört.

[10]) Korrespondenz-Blätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen 1914 Nr. 2.



Dagegen kommt W. Mayer[11]) bezüglich Epilepsie nach Untersuchungen an 37 sicheren Epilepsiefällen zu folgenden Ergebnissen.

1. Der paroxystische Anfall ist meist nicht mit serologisch nachweisbarem Gehirnabbau vergesellschaftet; die differentialdiagnostische Bedeutung der Reaktion für den epileptischen Anfall einerseits, den hysterischen andererseits fällt damit hin.

2. Die Beobachtung im Intervall ergab weder eine Möglichkeit zu differentialdiagnostischen Schlüssen (obwohl hier gesagt werden müsse, daß die relativ größere Anzahl positiver Reaktionen bei ganz schwer geschädigten Kranken immerhin auffallend ist), noch können wir aus unseren Beobachtungen Binswanger in seinen aus dem Ausfall der Reaktion entspringenden therapeutischen und prognostischen Schlüssen zustimmen.

J. Fischer[12]) hat später die Protokolle von 87 weiteren Fällen mitgeteilt, und zwar nur von solchen, deren klinische Diagnose absolut feststand.

Dementia praecox. Untersucht wurden 41 Personen, davon 11 wiederholt: im ganzen wurden 57 Untersuchungen gemacht. 53 mal wurde auf Abwehrferment gegen Hirnrinde geprüft; Resultat 41 mal positiv, 12 mal negativ. 56 mal auf Abwehrferment gegen Geschlechtsdrüse. Resultat: positiv mit Ausnahme eines Falles, der aber zu anderer Zeit Abwehrferment gegen Hoden zeigte. Geschlechtsdrüse wurde also konstant abgebaut. 37 mal auf Abwehrferment gegen Schilddrüse; Resultat: 10 mal positiv, 27 mal negativ. Auf Nebenniere-, Pankreas- und Nieren-Abwehrferment wurde 7- bezw. 10- bezw. 1 mal untersucht; in allen Fällen negatives Resultat.

Hirnrinde, Geschlechtsdrüse und Schilddrüse wurden gleichzeitig 36 mal angesetzt mit folgendem Resultat:

Rinde	Geschlechtsdrüse	Schilddrüse	36 mal
+	+	+	8 mal
—	+	+	2 mal
+	+	—	18 mal
—	+	—	7 mal
+	—	—	1 mal

[11]) Zur Serodiagnostik der Epilepsie. Aus der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten zu Tübingen. Von W. Mayer. Münch. med. Wochenschrift Nr. 13 vom 31. März 1914.

[12]) Weitere Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren an Geisteskranken. Von J. Fischer. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 44 vom 30. Oktober 1913.

Rinde und Geschlechtsdrüse wurden 52 mal zugleich angesetzt. 37 mal waren beide positiv; in keinem Falle beide negativ. 1 mal war Rinde positiv, Geschlechtsdrüse negativ. 12 mal Rinde negativ, Geschlechtsdrüse positiv.

37 mal wurden Rinde und Schilddrüse zugleich angesetzt. 7 mal waren beide negativ, 8 mal beide positiv; 20 mal Rinde, Schilddrüse negativ, 2 mal Rinde negativ, Schilddrüse positiv.

15 mal wurden Hoden und Eierstock zugleich geprüft; Männer bauten stets nur Hoden, Frauen nur Eierstock ab. — Mit Ausnahme von 3 Fällen stationären Defektzustands, 1 Fall von weitgehender Remission, 1 Fall, der erst neun Wochen vor der Untersuchung erkrankt war, und 7 Fällen, bei denen Beruhigung eingetreten war, daher vielleicht ein Zusammenhang zwischen Zustandsbild und Reaktion bestand, wurde Hirnrinde ziemlich konstant abgebaut.

In sieben vergleichenden Untersuchungen mit normaler Hirnrinde und solcher von Dementia-praecox-Kranken zeigte sich bei 3 Fällen, in denen beide Proben positiv waren, 2 mal die Reaktion mit Dementia-praecox-Rinde stärker, bei einem Fall mit normaler Rinde negativ, Dementia-praecox-Rinde positiv. Der obige, erst seit 9 Wochen kranke Fall und der Fall mit Remission reagierte mit Dementia-praecox-Rinde negativ. Dagegen baute ein Fall von Paralyse letztere Rinde auch ab.

Bei den 10 Fällen mit positiver Reaktion auf Schilddrüse lag sichtbare Vergrößerung letzterer nicht vor; es handelte sich meist um Kranke mit heiterer Erregung bei der Blutentnahme.

Genuine Epilepsie. 16 Fälle, davon über die Hälfte mit mehr oder weniger ausgesprochener Demenz: nur einmal zeigte sich Abbau von Rinde.

Paralyse. 10 Untersuchungen an 7 Fällen: 5 bauten Rinde ab; negativ war ein Fall mit sehr weitgehender Remission und ein schwerer rapid verlaufender Fall, der aber Ferment gegen Schilddrüse und Pankreas bildete. Auf Geschlechtsdrüse wurde 10 mal untersucht, stets war die Reaktion negativ (vergl. dagegen Mayer: von 5 Fällen 4!); auf Schilddrüse wurde 10 mal untersucht: 9 mal negative Reaktion. Auf Nebenniere wurde 2 mal untersucht: Reaktion negativ; auf Pankreas 5 mal: 2 mal positiv. Leber wurde nicht eingestellt.

Varia. In 1 Falle von Depression, 1 Tumor cerebri, 1 Huntingtonscher Chorea (letzterer mit stark positiver Wassermannscher Reaktion und positiver Nonne-Apelt-Reaktion) waren Proben mit allen oben erwähnten Organen negativ. In einem Fall von Basedowscher Krankheit (forme fruste) ergab sich Abwehrferment gegen Schilddrüse.



Fischer faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen:

„1. Bei fehlerhaften, besonders bei inkonstanten Resultaten ist in erster Linie an mangelhafte Beschaffenheit der Organe zu denken.

2. Die Abderhaldenschen Abwehrfermente scheinen Artspezifität zu besitzen, weil Tierorgane (wenigstens solche von Kühen und Stieren) vom menschlichen Serum nicht abgebaut werden.

3. Die erhaltenen Resultate stimmen völlig mit denen Fausers überein.

4. Die in meiner ersten Arbeit ausgesprochene Annahme, daß die von Fauser bei Geisteskranken gefundenen Abwehrfermente spezifisch seien, wird durch die weiteren Ergebnisse gestützt.

5. Es ist wünschenswert, in Zukunft eine kurze Notiz über das Zustandsbild, besonders die Stimmungslage zur Zeit der Blutentnahme, in die Protokolle aufzunehmen."

Hinsichtlich Heilung bezweifelt Fischer, ob durch Organpräparate, die vielleicht den Ausfall der normalen Funktion bis zu einem gewissen Grade ersetzen können, der Organismus von der Funktionsstörung des erkrankten Organs und den dadurch in die Blutbahn gelangenden Giftstoffen befreit werden kann. Unschädlichmachung der letzteren durch Heilserum oder Exstirpation des erkrankten Organs und Ersatz durch Implantation oder Dauerdarreichung würden vielleicht mehr Erfolg haben.

In der Königl. Sächsischen Heilanstalt Dösen bei Leipzig wurden von S. Maas[13]) 213 Untersuchungen bei den verschiedensten Geistesstörungen ausgeführt; darunter befinden sich 33 Fälle, bei denen die Untersuchung einmal und öfter wiederholt worden ist.

Es wurden größtenteils männliche Individuen untersucht; von ihnen wird die Blutentnahme besser vertragen und sie kann daher auch öfter ausgeführt werden als bei Frauen.

Bei 21 normalen, als gesund geltenden, meist jüngeren Personen, fast ausschließlich Pfleger, fand sich einmal schwache Fermentbildung gegen Schilddrüse, einmal eine deutliche gegen Gehirn; ein klinischer Grund ließ sich dafür nicht nachweisen; Nachuntersuchung fand nicht statt. In den übrigen Fällen zeigte sich weder Abbau von Gehirn, Hoden und Schilddrüse, noch von den einmal angewandten Nebenniere und Ovarium.

Dementia praecox.

A. 10 frische Fälle: 7 mal wurde Gehirn-, 7-mal Hodenabbau erkannt; jedoch waren diese Befunde nicht konstant nachweisbar; Nachuntersuchungen ergaben mehrfache Unterschiede. In einem dieser Fälle erklärte das ausgeprägtere klinische Zustandsbild vollkommen das Vorhandensein von Ferment bei der zweiten Untersuchung. In einem anderen Falle allerdings schien das Verschwinden der vorher starken Gehirnreaktion bei ungefähr gleichem klinischen Zustande nicht ohne weiteres erklärlich; in noch einem anderen Falle fehlte bei zweimaliger Untersuchung jegliche Fermentbildung. — In 4 von 9 Fällen fand sich gleichzeitiger Gehirn- und Hodenabbau. In 2 Fällen schien ein gewisser Wechsel im Gehirn- und Hodenabbau erkennbar. — Schilddrüse wurde nur in 3 Fällen abgebaut.

B. 25 chronische Fälle: 15 mal wurde Gehirn, 20 mal Hoden abgebaut, in 3 von 21 Fällen Schilddrüse. — Die Befunde waren bei den chronischen Fällen konstanter als bei frischen Fällen. 3 Fälle zeigten keinen Abbau (1 nach Scharlach weitgehend gebesserter, später entlassener Hebephrene, 1 typischer und vorwiegend stark gespannter Katatoner, 1 chronisch verwirrter paranoid Dementer). Fehlermöglichkeiten bestanden in diesen 3 Fällen nicht.

C. 13 Kranke im Endstadium: 11 mal wurde Abwehrferment gegen Gehirn nachgewiesen; 7 mal gegen Keimdrüse, zweimal außerdem fraglich, in 2 von 7 Fällen Schilddrüsenferment, außerdem 1-mal fraglich; Nebennierenabbau, worauf 11 mal untersucht wurde, zeigte sich 4 mal.

Abgrenzung innerhalb der Dementia-praecox-Gruppe und hinsichtlich des Verlaufs nach den serologischen Ergebnissen sind bisher nicht möglich.

D. 5 unklare Fälle: 1. Abbau von Gehirn und Schilddrüse; klinisch depressiv; keine bestimmte psychische Störung; Diagnose: Dementia praecox oder Erschöpfungspsychose. 2. Abbau von Hoden und Schilddrüse; Diagnose: progr. Paralyse (?); stumpf; leichte Remission. 3. Gehirn- und Schilddrüsenabbau fraglich; Diagnose: Psychopathie (?); leicht manieriert, schwärmerisch. 4. Gehirn-, Hoden- und Schilddrüsenabbau, Prostata negativ; Diagnose: Hysterie (?); korrigiert, geordnet. 5. Gehirn-, Hoden- und Schilddrüsenabbau; Diagnose: manisch-depressives Irresein (?); etwas ungeordnet, unzugänglich. Bei Fall 2 sind wegen der Remission und des Fehlens der „vier Reaktionen" Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose entstanden. Auch entsprach der Abbautypus nicht dem bei Paralyse. Fall 3 wurde weiter beobachtet; Fall 4 und 5 inzwischen als sichere Dementia praecox festgestellt.

[13]) Psychiatrische Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Von S. Maas. Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie XX Heft 5 S. 561. (Eingegangen 3. November 1913.)



Manisch-depressives Irresein.

A. 10 klinisch sichere Fälle. Bei 2 Fällen fand sich Schilddrüsenabbau, in dem einen, Diabetiker, auch Pankreasabbau. Bei einem Fall fand sich Hodenabbau, bei einem Fall Hirnabbau, aber nur im manischen Zustandsbild, bei der zweiten Untersuchung, 8 Tage später, im ruhigen Zustande, nicht mehr (vielleicht „temporärer Abbau" nach Kafka). Der in einem Falle beobachtete Ovarialabbau wurde auf Versuchsfehler zurückgeführt.

B. 3 zweifelhafte Fälle. Der serologische Befund war negativ.

Progressive Paralyse.

A. 25 Fälle von typischer Paralyse mit positiven „vier Reaktionen". In 23 Fällen wurde Gehirn in verschiedener Stärke abgebaut; nur in einem dieser 23 Fälle waren im Liquor die für eine organische Hirnerkrankung typischen Veränderungen nicht erkennbar, dagegen leichte Fermentbildung gegen Gehirn. Bei 2 terminalen Fällen fanden sich stärkste Reaktionen (im Gegensatz zu Beobachtungen Fausers und Kafkas).

B. 3 Fälle von Pseudoparalyse. Bei einem — Remission — fand sich kein Abbau von Gehirn; bei den beiden anderen war er vorhanden.

Bei obigen 25 Fällen fand sich in 9 Abbau von Hoden, in 3 Abbau von Ovarium, in 3 von Schilddrüse. — Im Liquor cerebrospinalis fand sich kein Abwehrferment gegen Gehirn; in diesem Resultat stimmen bisher alle Autoren überein.

Idiotie.

8 Fälle: 4 mal Gehirnabbau, 2 mal Hodenabbau, 6 mal Schilddrüsenabbau, letzterer in 3 Fällen gleichzeitig mit Gehirnabbau.

Imbezillität.

15 Fälle: 10 bauten Gehirn ab, einer blieb fraglich, 6 bauten Hoden ab, 3 blieben fraglich. In einem Fall von dysgenitalem Infantilismus war der Hodenabbau sehr deutlich. Schilddrüse wurde in 4 von 13 Fällen sicher, in 4 Fällen zweifelhaft abgebaut.

Diese 15 Fälle von Imbezillität zeigten also einen äußerlich ähnlichen Abbautypus wie die Dementia praecox, woraus man schließen könne, daß es sich bei dem angeborenen Schwachsinn nicht nur um angeborene Defekte, sondern auch noch um im Ablauf begriffene Störungen des Gehirnstoffwechsels handle (ähnlich Kafka).

Epilepsie.

10 Fälle, der konstitutionell-dynamischen Form (Binswanger) angehörig, meist dement, teilweise hochgradig dement. Bis auf 2 bauten sie Gehirn ab, die meisten sehr stark. In 9 Fällen fand sich 4 mal Abbau von Hoden, darunter einmal konstant. Schilddrüse wurde in einem von 3 Fällen abgebaut. — Das vermutete Verdecktwerden einer Fermentbildung gegen Gehirn durch eine solche gegen Keimdrüse ist unmöglich. Auch wenn mehrere Fermente im Serum und in verschiedener Stärke vorhanden sind, muß entsprechend der spezifischen Einstellung jedes einzelne nachweisbar sein, wenn auch vielleicht in verschiedener Intensität.

Einfache Psychopathie (darunter Fürsorgezöglinge).

7 Fälle: Es fand sich weder gegen Gehirn noch gegen Keimdrüse Fermentbildung, dagegen 3 mal gegen Schilddrüse.

Alkoholismus.

A. Ohne Psychose: 2 Fälle: keinerlei Abbau gegen Gehirn, Keimdrüse und Schilddrüse.

B. Mit Psychose: 4 Fälle; in dreien davon Gehirnabbau, im vierten fraglich.

Alterspsychosen.

8 Fälle: In 7 Fällen Gehirnabbau, im achten fraglich. In 3 Fällen Abbau von Keimdrüse; in 2 Fällen von Prostata.

Organische Nervenkrankheiten.

2 Fälle von multipler Sklerose: in einem (mit Demenz) Gehirnabbau.

1 Fall von klinisch latenter Lues cerebri: starker Gehirnabbau.

Die Erklärung für die primäre Bildung von Schutzfermenten gegen Gehirn bei organischen Schädigungen und schweren Stoffwechselstörungen desselben, wie bei Paralyse, Idiotie, Imbezillität, Epilepsie, Involutions- und chronischen Intoxikationspsychosen ist ohne weiteres gegeben; für die Bildung der Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüse muß, mit Fauser, angenommen werden, daß eine primäre, vielleicht hereditär bedingte Funktionsstörung der Geschlechtsdrüsen mit sekundär durch Gehirnrindenvergiftung hervorgerufener Funktionsstörung der Rinde vorliegt. Vielleicht läßt sich, so vermutet Maas mit Recht, unter physiologischen Bedingungen und in gewissen Lebensabschnitten eine Fermentbildung gegen Geschlechtsdrüse nachweisen. Maas beabsichtigt, die Untersuchungen an Fürsorgezöglingen in größerem Umfange auszuführen. Vielleicht findet bei endogenem Schwachsinn Keimdrüsenabbau im Sinne einer angeborenen Störung statt.

Bei Paralyse vorkommender Abbau von Keimdrüse (und anderen Organen, z. B. Schilddrüse) dagegen ist wahrscheinlich im Sinne der Allgemeinerkrankung des Organismus aufzufassen; ähnlich bei Alterspsychosen als Zeichen der Involution; also bedingt durch allgemein wirkende Stoffwechselstörungen und Gifte.



Aus den Versuchen von Maas ging die Geschlechtsspezifität deutlich hervor; bei Ansetzung beider Keimdrüsen fand nur Abbau des gleichgeschlechtlichen Organs statt.

B. Beyer[14]) konnte in 14 Fällen die Richtigkeit der Fauserschen Befunde bezw. der Abderhaldenschen Reaktion erweisen. Die untersuchten 6 Fälle von Dementia praecox bauten (auch bei zum Teil wiederholten Untersuchungen) Hoden resp. Eierstock und Hirnrinde ab. Gänzlich negativ reagierten 2 Fälle von manisch-depressivem Irresein, 1 Fall von einfacher Syphilis, 1 Fall von degenerativem Irresein und ein gesunder alter Mann. Bei einem Fall von Paralyse fand Abbau von Hirnrinde statt; bei einer Schwangeren mit Kropf wurde Plazenta und Schilddrüse abgebaut. Bei einem imbezillen Inkulpaten, bei dem der Verteidiger Untersuchung nach der Abderhaldenschen Methode beantragt hatte, fand Abbau von Gehirn und Hoden statt und war an der Diagnose Dementia praecox nicht mehr zu zweifeln. In einem zweiten forensischen Falle, der, wie er später selbst zugab, Geisteskrankheit simulierte, war die Abderhaldensche Reaktion negativ.

Römer[15]) berichtete über die zusammen mit Bundschuh in der badischen Landesheil- und Pflegeanstalt Illenau gewonnenen Ergebnisse im November 1913 bei der Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe.

1. Die 14 Sera gesunder Individuen ergaben mit Hirnrinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse durchweg negative Reaktion.

2. Konstitutionelle Psychopathien. 6 Psychopathen (2 Debile, 2 Neurastheniker, 2 Hysteriker) reagierten negativ.

3. Manisch-depressives Irresein. 11 Fälle ließen Abbau von Rinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse vermissen, und zwar im manischen ebenso wie im depressiven Stadium und im freien Intervall.

4. Dementia praecox. 48 Schizophrene bauten 41 mal Hirnrinde, 17 mal Schilddrüse und 43 mal Geschlechtsdrüse ab. Abbau von Geschlechtsdrüse wurde demnach nur 5 mal vermißt. Männliche Schizophrene bauten nur Testikel und nicht Ovarium, weibliche nur Ovarium und nicht Testikel ab. Kafkas Beobachtungen von dem gelegentlichen Abbau von Nebenniere konnten Römer und Bundschuh bestätigen.

5. Progressive Paralyse. Von 13 Paralytikern reagierten sämtliche mit Rinde positiv, sämtliche mit Schilddrüse negativ und sämtliche bis auf einen mit Testikel negativ.

Der zentrifugierte Liquor cerebro-spinalis wurde bei 7 Paralytikern frei von Abwehrfermenten gegen Hirnrinde gefunden, selbst bei Liquormengen bis 3 ccm.

Die erwähnten Differenzen der Ergebnisse bei den einzelnen Autoren erklären sich nach Römer hinreichend mit der schwierigen, an Fehlerquellen reichen Technik, der Komplikation der Versuchsanordnungen durch die gleichzeitige Untersuchung von verschiedenen Organen und mit den offenbar beträchtlichen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes; zudem könnte im Hinblick auf die Entwicklung der klinischen Psychiatrie unmöglich erwartet werden, daß die klinischen Krankheitseinheiten von heute ohne weiteres mit serologischen Reaktionstypen zusammenfallen werden. Trotzdem könne man in der Menge des Unsicheren Andeutungen gewisser Regelmäßigkeiten erblicken — wenn auch nur in ganz vorläufiger Weise.

Der Abbau der Hirnrinde erlangt, wie es scheint, den Wert eines unterscheidenden Merkmals der durch anatomische und chemische Hirnprozesse bedingten Psychosen gegenüber der Gruppe der konstitutionell-psychopathischen Zustände einschließlich des manisch-depressiven Irreseins. Wenn einmal genügend zahlreiche Erfahrungen — namentlich auch über die Schwankungen der Fermentbildung — gesammelt sind, wird es im einzelnen Falle einer beginnenden Psychose vielleicht möglich sein, mit Hilfe der Seroreaktion auf Dysfunktion der Hirnrinde den nur psychologisch maskierten Anfang eines „Hirnprozesses" von einem vielleicht schizophren aussehenden Zustand konstitutionell-psychopathischer Natur diagnostisch zu unterscheiden.

Bei gewissen Gruppen von Geisteskrankheiten mit Abbau von Hirnrinde läßt sich außerdem eine gleichzeitige Dysfunktion anderer Organe nachweisen; bei der Paralyse, wie es scheint, gelegentlich von Schilddrüse, Testikel, Leber und Niere, bei der Dementia praecox ziemlich regelmäßig von Geschlechtsdrüse, öfters von

[14]) Über die Bedeutung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die psychiatrische Diagnostik. Von B. Beyer (Sanatorium Herzoghöhe bei Bayreuth). Münch. med. Wochenschr. Nr. 44 vom 4. November 1913.

[15]) Über die bisherigen Ergebnisse des Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. Römer in Illenau (Baden), Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift XV Nr. 48 vom 28. Februar 1914. — Auch: Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der Psychiatrie. Von Rudolf Bundschuh und Hans Römer. Aus der Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt in Illenau (Direktor: Geheimrat H. Schüle). Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 42 vom 16. Oktober 1913.

Schilddrüse, mitunter von Nebenniere, bei den thyreogenen Psychosen stets von Schilddrüse.

Wo diese gleichzeitige Dysfunktion keine zufällige ist, z. B. wenn sich bei einem Geisteskranken eine chronische Nephritis entwickelt, kann der Zusammenhang dreifacher Art sein, je nachdem der primäre Faktor in der Dysfunktion des Gehirns oder in der Dysfunktion des gleichzeitig abbauenden Organes oder aber in einer gemeinsamen Ursache für beide Funktionsstörungen zu suchen ist.

Dieser letzte Modus könnte für die Paralyse in Betracht kommen, bei der die Spirochäten den Zellstoffwechsel gleichzeitig im Gehirn und den sonstigen dysfunktionierenden Organen alterieren können.

Eine primäre Schilddrüsendysfunktion muß bei den thyreogenen Psychosen im Hinblick auf die Entwicklung des klinischen Bildes angenommen werden.

Ein zwingender Beweis für die Existenz eines solchen Kausalnexus bei der Dementia praecox ist bis jetzt noch nicht erbracht, wenn auch die Annahme einer primären Funktionsstörung des innersekretorischen Apparates heute ziemlich plausibel erscheint. Jedenfalls steht die Pathologie der Dementia praecox in einem engen, wenn auch noch nicht näher geklärten Zusammenhang mit Störungen der innern Sekretion, und wird die Vagotonieforschung gerade auch im Hinblick auf die Dysfunktion der Nebenniere in dieser Richtung von neuem aktuell.

Übrigens darf über diesen neuen Befunden der hereditäre Faktor nicht vergessen werden; eine serologische Familienforschung wird zeigen müssen, ob es sich bei der schizophrenen Anlage etwa um eine ererbte Stoffwechselschwäche des Zentralnervensystems oder des innersekretorischen Apparates oder eine dispositionelle Korrelation beider Organgruppen handelt.

Die Frage, ob bei der Dementia praecox Fälle mit ausschließlicher Dysfunktion der Geschlechtsdrüse von solchen mit ausschließlicher Dysfunktion der Schilddrüse abzutrennen sind, kann wegen der großen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes erst entschieden werden, wenn eine größere Anzahl von Fällen längere Zeit hindurch serologisch verfolgt worden ist.

Bundschuh[16]) machte bei derselben Versammlung ausführliche Mitteilung von den Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Anwendung der Abderhaldenschen Methodik auf das psychiatrische Gebiet, berichtete über die Kontrolle und Prüfung der Organe und betonte besonders die Notwendigkeit, bei jedem Versuch auch das Serum eines Gesunden zur Prüfung der Organe heranzuziehen, da solches, auch nach den Versuchen von Lampé und Papazolu (Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 26), niemals irgendwelchen Abbau ergibt.

[16]) Die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. Bundschuh in Illenau (Baden), Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift XV Nr. 48 vom 28. Februar 1914.

(Fortsetzung folgt.)

Ein einfaches, leicht herzustellendes Gehirnmakrotom.

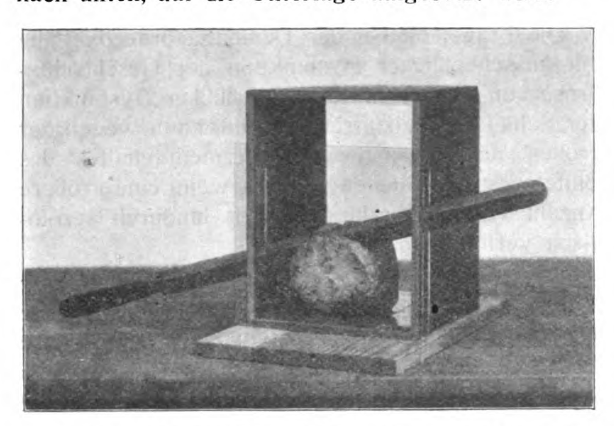
Von Dr. **Oscar Rein**, Landsberg a. W.

Bei den Sektionen in den Irrenanstalten wird wohl meist das Gehirn durch Sagittalschnitte in Scheiben zerlegt; dabei ist es natürlich infolge der Weichheit des frisch aus der Schädelhöhle genommenen Organs nicht möglich, daß die Scheiben von gleicher Dicke sind, und vor allem die Schnitte genau einander parallel geführt werden. Ist diese Ungenauigkeit im allgemeinen auch wohl wenig von Bedeutung, so gibt es doch Fälle, in denen eine exakte Schnittführung sehr erwünscht ist; so vor allem bei zu erwartenden Herden oder Tumoren, sei es, daß man nur makroskopisch ihre Lage einigermaßen bestimmen will, sei es, daß die Scheiben für die spätere mikroskopische Untersuchung noch weiter behandelt werden sollen. In diesen Fällen wird man es vorziehen, die Zerlegung nicht am frischen Gehirn vorzunehmen, sondern erst nach einer zwei- bis dreitägigen Härtung in Formalin, das ev. auch in die art. basil. und die beiden Aae. carot. int. resp. Aae. foss. Sylv. injiziert wird. Aber auch am so gehärteten Gehirn ist eine gleichmäßige Schnittführung, wie sie besonders für spätere Serienschnittuntersuchung notwendig ist, nicht ohne Hilfsmittel ausführbar. Das hierfür von Edinger angegebene Makrotom ist wohl für die meisten Anstalten zu kostspielig, da es ja doch verhältnismäßig nur selten gebraucht wird. Wenn es nicht auf absolute Genauigkeit und Parallelismus der Schnittführung ankommt, so ist das von Straßer[1]) angegebene Verfahren zu

[1]) Strasser, Anleitung zur Gehirnpräparation. Jena 1906.



empfehlen, so vor allem zur Gewinnung eines makroskopischen Überblicks: „Man bedient sich zur Herstellung der Schnitte eines breiten Gehirnmessers und schneidet der Unterlage parallel über zwei gleich dicken Glasstäben, zwischen welchen das Gehirn, mit der vorhergehenden Schnittfläche nach unten, auf die Unterlage aufgesetzt wird."



Zweckmäßig ist es dabei, statt der Glasstäbe zwei Glasröhren zu benutzen, durch welche je ein Bindfaden gezogen wird; mittels der Fäden bindet man die beiden Röhren über einer etwas längeren Glasplatte in entsprechendem Abstand fest.

Diese Methode eignet sich sehr gut für kleinere Objekte, z. B. für Zerlegung des Hirnstammes in dünne Scheiben (ca. $^1/_2$ cm), bei größeren Objekten, also Frontalschnitten durch das ganze Gehirn, hat sie den Nachteil, daß es nicht leicht ist, ohne daß ein Gehilfe die Spitze des Messers auf den zweiten Glasstab niederdrückt, die gleichmäßige Führung zu behalten, denn mit einer Hand muß man ja das Gehirn halten; es genügt aber nur eine leichte Druckänderung der messerführenden Hand, daß die Spitze des Messers sich von dem als Gleitbahn dienenden zweiten Glasstab abhebt. Dadurch wird aber die Exaktheit und Gleichmäßigkeit, wie sie für Serienschnitte erforderlich ist, nicht gewährleistet.

Eine fast völlige Genauigkeit und Gleichmäßigkeit der Schnitte habe ich erreicht mit dem abgebildeten Apparat, den sich jeder leicht selbst herstellen kann.

Von einer kleinen Kiste, deren Länge ca. 22 bis 25 und Breite ca. 15 bis 18 cm mißt (die Höhe ist gleichgültig, darf nur zweckmäßig nicht über 20 cm betragen), wird der Boden entfernt. Es ist darauf zu achten, daß die Wände der Kiste fest gefugt und nicht zu dünn sind, auch muß das Holz gut trocken sein. In beide Längswände der Kiste wird nun von einer Seite her parallel dem obern Rande und von diesem genau 1 cm und 3 cm entfernt, je ein Sägeschnitt von ca. 18 cm Länge gelegt. Diese vier Sägeschnitte werden mit Sandpapier geglättet und durch Abfeilen mittels einer Feile oder Sandpapiers an der unteren Seite des Schnittes soweit verbreitert, daß ein großes Gehirnmesser, wie es ja wohl überall vorhanden ist, gerade im Lumen gleiten kann, wenn man es quer durch die Kiste durch die sich parallelen Sägeschnitte der Längswände hindurchsteckt. Nun wird die Kiste mit der Breitseite, von der die Sägeschnitte ausgingen, nach unten auf ein Brett genagelt, das rings herum etwas übersteht, also größer, vor allem etwas länger ist, wie die Breitseite der Kiste. Vor der oberen, nun vorderen Öffnung der Kiste, von der die Sägeschnitte 1 resp. 3 cm entfernt sind, wird eine Glasplatte, etwas breiter als die Kiste, befestigt; am einfachsten dadurch, daß man in das Standbrett zwei Nägel, von denen die Kuppen abgezwickt sind, so nahe vor dem Kistenrande einschlägt, daß die Glasplatte gerade zwischen Nägeln und Kiste eingeschoben werden kann, und entsprechend auch durch Einschlagen von zwei hakenförmig umgebogenen, abgekuppten Nägeln in den oberen, jetzt vorderen Kistenrand über der Glasplatte.

Damit der Apparat nicht wackelt, wird er bei Gebrauch mit einer Schraubzwinge auf dem Tisch befestigt. Zweckmäßig ist es, auf dem Boden des Apparates eine Glasplatte von der Breite des innern Kistenbodens, d. h. der eigentlichen Querwand der Kiste zu legen, die man bis vorn an die vorgestellte Glasplatte schiebt.

Um ein gehärtetes Gehirn zu zerschneiden, schiebt man es auf der Bodenplatte von hinten in den Apparat und drückt es mit der linken Hand leicht gegen die senkrechte Glasplatte. Beim ersten Schnitt muß man genau kontrollieren, daß beide Stirnpole gleichmäßig die Glasplatte berühren, resp. daß die Fissura longit. senkrecht zur Glasplatte steht, bei weiteren Schnitten, daß die vorhergehende Schnittfläche vollkommen der Glasplatte anliegt. Nun steckt man das Gehirnmesser durch die zwei entsprechenden Sägeschnitte oberhalb des Gehirns hindurch und zieht es unter gleichmäßigem Zug und Druck durch das Gehirn hindurch, möglichst in einem Zuge, doch darf dabei die Spitze des Messers die führende Gleitbahn des Sägeschnittes nicht verlassen. Es ist daher gut, ein Gehirnmesser von mindestens 50 cm Länge zu verwenden, da sonst ein Hin- und Herfahren mit dem Messer notwendig ist, ehe der Schnitt durch das ganze Gehirn hindurchgeht, wobei natürlich die Schnittfläche weniger glatt ausfällt.

Je nachdem, ob man das vordere oder hintere Sägeschnittpaar als Gleitbahn für das Messer be-



nutzt, werden die Scheiben 1 oder 3 cm dick. Für den ersten Schnitt, also die Abtrennung des Stirnpols, empfiehlt sich immer ein 3-cm-Schnitt.

Sehr gute Schnitte habe ich erreicht, wenn ich das in 10%igem Formol gehärtete und mit dieser Lösung leicht injizierte Gehirn am zweiten oder dritten Tage in Scheiben von 3 cm Dicke zerlegte und nach weiterer mehrtägiger Härtung erst diese Stücke in 1 cm dicke Scheiben zerschnitt. Selbstverständlich ist ja, daß beim Einlegen des frischen Gehirns durch Umlegung mit Watte Sorge getragen wird, daß die äußere Form des Gehirns erhalten bleibt.

Die beigefügte Abbildung erklärt ja wohl neben der Beschreibung ohne weiteres die Konstruktion und den Gebrauch dieses einfachen Gehirnmakrotoms. Die einzige Ausgabe ist vielleicht für Anschaffung eines langen Gehirnmessers; da die gewöhnlich käuflichen meist zu kurz sind, muß dies ev. besonders bestellt werden.

Mitteilungen.

— **Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung.** Sitzung am 16. Februar 1914.

1. Prof. Dr. v. Hippel: Strafverschärfung im neuen Strafgesetzentwurf. Kritische Darstellung der im neuen Strafgesetzentwurf geplanten Schärfunger der Zuchthaus- und Gefängnisstrafe durch Kostschmälerung und harte Lagerstätte gegenüber solchen Verbrechern, deren Tat von besonderer Roheit, Bosheit oder Grausamkeit zeugt. Der Vortragende sprach sich zugunsten derartiger Vorschriften aus, betonte aber, daß dieselben sich in vorsichtig bemessenen Grenzen bewegen müßten, wie dies im Entwurf geschehen sei.

2. Prof. Dr. Lochte: a) Demonstration eines Schädels mit mehrfachen Verletzungen, die durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt zustande gekommen sind. Es konnte der Nachweis erbracht werden, daß die Verletzungen mittelst eines Hammers (Niethammers) mit runder Schlagfläche hervorgerufen worden waren, und zwar entsprach die Größe der Schlagfläche genau der Größe der an dem Schädel vorhandenen Lochbrüche. — b) Über forensische Haaruntersuchungen (mit Lichtbildern). Der Vortragende schilderte einleitend die Anatomie des menschlichen Haares und die natürlichen Abnutzungs- und Zerfallserscheinungen, ferner die Unterschiede von Tierhaaren und von Fasern verschiedener Herkunft. Eine eingehende Darstellung erfuhren danach die Verletzungen des Haares durch stumpfe Gewalt, ferner die Verletzungen durch Einwirkung der Hitze und durch unvollständig verbrannte Pulverbestandteile bei Naheschüssen. Daran anschließend demonstrierte der Vortragende die Verletzungen der Haare durch Überfahren. Am Schluß seines Vortrages zeigte L. diejenigen Haarveränderungen, die unter dem Einfluß faulender Substanzen, sowie unter Einwirkung des Verwitterungsprozesses zustande kommen. In der Diskussion äußerte L. sich darüber, welche Gesichtspunkte bei der Feststellung der Identität der Haare von Bedeutung sind.

Sitzung am 31. März 1914.

1. Dr. Rettich: Sittlichkeitsdelikte im Greisenalter (Krankendemonstration). Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Physiologie und Pathologie des Greisenalters bespricht Vortragender an der Hand verschiedener statistischer Tabellen die relative Häufigkeit der Sittlichkeitsvergehen sowie die große Anzahl der nichtvorbestraften Greise. Vorstellung eines 72jährigen, nichtvorbestraften Mannes, der wegen Sittlichkeitsvergehens (Exhibitionismus) zweimal mit dem Strafgesetz in Konflikt kam. Die Untersuchung in der Klinik ergab keine Anhaltspunkte für Anwendung des § 51 RStG.

2. Prof. Dr. Höpfner: Das Portrait parlé (Signalementslehre). Redner äußerte sich zunächst über den Wert des Portrait parlé, die Bedeutung dieses Identifikationsmittels neben Daktyloskopie und Photographie. Er setzte sodann die Prinzipien, nach denen beim p. p. die Personenbeschreibung erfolgt, auseinander, indem er besonders auf die wichtigsten an Stirn, Nase und Ohr zu beachtenden Merkmale einging. Die Darlegungen waren durch Vorführungen von Lichtbildern unterstützt. Redner schloß mit dem Wunsch, daß die Kenntnis des pp. bei den Polizei- und Sicherheitsbeamten weitere Verbreitung finden möge, wobei er die Möglichkeit zugab, daß dasselbe einer Vereinfachung fähig und bedürftig sei. Jedenfalls sei anzustreben, daß jeder Polizei- und Sicherheitsbeamte ein brauchbares Signalement aufzunehmen und zu benutzen im Stande ist.

Klieneberger, Göttingen.

— Die **württembergische Landesversammlung von Juristen und Ärzten** zur Erörterung von Fragen aus dem Gebiete der **Psychiatrie,** die am 19. Mai in Ulm unter Anwesenheit des Justizministers Dr. von Schmidlin und des Generalstaatsanwalts von Rupp stattfand, beschäftigte sich mit dem zur Besprechung gestellten Thema: Richterliche und ärztliche Aufgaben bei der Fürsorgeerziehung und bei der Jugendgerichtspflege. Vom juristischen Standpunkt aus erläuterte und kritisierte Rechtsanwalt Dr. Schafold (Ulm) den dem Reichstag vorgelegten und von der Kommission schon vorberatenen Gesetzentwurf über das Strafrecht für Jugendliche, wobei er dessen in Aussicht stehende Zurückziehung zwar bedauerte, aber darauf hinwies, daß schon jetzt nach geltendem Recht im Geist der Jugendfürsorge entschieden werden könne, wenn der Staatsanwalt mit milder Praxis über die Frage der Einsicht in der Strafbarkeit entschei-



det, wenn die Amtsverrichtungen des Jugendrichters und Vormundschaftsrichters in einer Hand vereinigt werden, wenn endlich die Schöffengerichte von einem Richter geleitet werden, dem die Jugendgerichtssachen ausschließlich überwiesen sind. Als Psychiater sprachen Oberarzt Dr. Buder und Dr. Schott. Ihren Ausführungen lagen folgende Leitsätze zugrunde: Unter den jugendlichen Rechtsbrechern und Verwahrlosten finden sich eine Anzahl psychisch Abnormer. Zu Erkennung dieser abnormen Persönlichkeiten ist die Mitwirkung des Psychiaters notwendig. Der Erzieher in den Fürsorgeanstalten muß unbedingt über die krankhaften Zustände seiner Zöglinge orientiert sein. Beim Jugendgericht sollte stets ein irrenärztlicher Sachverständiger zugezogen werden. Prof. Dr. Gaupp (Tübingen) trat namentlich für eine Trennung der geistig und moralisch so verschiedenen Fürsorgezöglinge ein. Zu diesem Zwecke sollte eine Beobachtungszentrale in Tübingen erstellt werden, wo auch die Erzieher der Fürsorgeanstalten für ihren Beruf eine praktische Anleitung bekämen. Dr. Wetzel (Heidelberg) forderte eine Dreiteilung der Anstalten: Zwangserziehungsanstalten, Heilerziehungsanstalten und solche für Unverbesserliche. Für Jugendliche von 16 bis 18 Jahren, die der Fürsorgeerziehung entwachsen sind, wurden von anderer Seite Jugendarbeitsheime empfohlen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater uud Neurologen.** Die nächste Versammlung wird am 25. Oktober d. Js. in Dresden tagen. Es wird gebeten, Vortragsthemata bis längstens 1. September an Geheimrat Dr. Ganser, Dresden, Städtische Heil- und Pflegeanstalt bekannt zu geben.

Referate.

— Cornelius, A. Die Nervenpunktlehre. II. Band. Leipzig 1913. Verlag von Georg Thieme.

Der 2. Band der Nervenpunktlehre besteht aus drei getrennten Abschnitten. Im 1. Teil wendet sich Verf. besonders gegen die Autoritäten, die der Nervenmassage jeden Wert absprechen. Im 2. Abschnitt wird auf die Unsicherheit in der Diagnostik und die Meinungsverschiedenheiten der heutigen Neurologen, die sich einander in heftiger, nervöser Weise befehdeten, hingewiesen. Die geringen Erfolge derselben bedingen zum Teil die Zunahme des Kurpfuschertums. Schließlich wird die Wichtigkeit der peripheren Nervenpunkte und die Notwendigkeit einer vollkommenen, ausgebildeten Gefühlstechnik betont. Ausgezeichnete therapeutische Resultate würden damit bei den verschiedensten nervösen Erscheinungen erzielt. Zum Beweise werden vielfach einzelne Krankengeschichten angeführt. Wenn Verf. S. 234 in einem Fall von Diabetes durch Beruhigung der sensiblen Nervenpunkte ein Verschwinden des Zuckers und eine Heilung aller Beschwerden fand, so ist demgegenüber sicherlich eine große Skepsis gerechtfertigt.. Jödicke-Stettin.

— Bing, Robert. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin-Wien 1913. Verlag von Urban und Schwarzenberg.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß der als ausgezeichneter Kenner der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik bekannte Verfasser zur Abfassung eines Lehrbuches der Nervenkrankheiten in erster Linie berufen sein würde. Diese Erwartungen sind in hervorragender Weise erfüllt. In Form von Vorlesungen sind in fesselnder, knapper Darstellung besonders die Bedürfnisse des Studenten und prakt. Arztes berücksichtigt, ohne daß die Lehren irgendwelcher Schulen in den Vordergrund gerückt werden. Die einzelnen zusammenfassenden Kapitel geben ein klares anschauliches Bild auch über die modernen Forschungsergebnisse. Besonders gelungen scheinen mir die Abhandlungen über Krankheiten der peripheren Nerven, die syphilogenen Krankheiten, die akuten Infektionskrankheiten des Zentralnervensystems, der dysglandulären Symptomkomplexe, der Sympathikuserkrankungen, Angio- und Trophoneurosen. Die Epilepsie ist etwas summarisch behandelt. Daß beim Bromkalium die unangenehmen Nebenwirkungen der Bromordination häufiger und intensiver als bei anderen Bromalkalien auftreten, entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Bei der salzarmen Kost hätten außer dem Sedobrol das Bromopan-Brot und der Spasmosit-Zwieback angeführt werden können. Auf die großen Gefahren der brüsken Brom-Entziehung hätte unbedingt hingewiesen werden müssen. Im Status epileptikus sind ganz abgesehen von den schmerzhaften Indurationen Injektionen großer Bromnatriumdosen im allgemeinen wirkungslos, dagegen haben sich subkutane Infusionen von Ringerscher Salzlösung, Aderlaß in Verbindung mit 3—6 g Amylenhydrat per klysma oder per os bewährt. Als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Hysterie und Epilepsie ist die paroxysmale Leukozytose nach dem epileptischem Krampfe als ein markantes Zeichen der Erwähnung wert. Vielleicht lassen sich diese kleinen Lücken in der nächsten Auflage ausfüllen. Jödicke-Stettin.

— Cohn, Toby: Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten. Berlin 1913, Springer.

Verf. behandelt Massage, Gymnastik, Übungstherapie und Sport in klarer, für die Praxis sehr brauchbarer Weise. Das Verhältnis des Sports zum Nervensystem und zu Nervenkrankheiten wird in anziehender Form geschildert. Die Lehre von A. Cornelius über Nervenpunkte und Nervenpunktmassage erfährt eine entschiedene, in der Polemik maßvolle Ablehnung. Zahlreiche gute Abbildungen begleiten den Text. Mercklin.

— Gerngroß, Dr. Friedrich Ludwig: Sterilisation und Kastration. München 1913, Verlag Lehmann. 42 S. Preis 1,20 M.

Sterilisation und Kastration sieht Verfasser als wichtige Hilfsmittel im Kampfe gegen das Verbrechen an und mit großer Ausführlichkeit bespricht er die bisherige Ausschließung Minderwertiger von der Fortpflanzung (Amerika) und geht dann auf die Zulässigkeit zur Unfruchtbarmachung auf Grund unserer heutigen Gesetze ein, um mit Vorschlägen für eine gesetzliche Einführung und Regelung der Sterilisation zu schließen.



Wenn der Verfasser meint, geistig Minderwertige vermehrten sich erheblich schneller als andere, so dürfte das der Norm wohl nicht ohne weiteres immer entsprechen, zweifellos richtig ist aber andererseits die Anschauung, daß man durch das Hegen und Pflegen von Degenerierten nur eine „negative Zuchtwahl" (H. Groß) zustande bringt.

Die Ausführungen des Verfassers, die an sich im allgemeinen maßvoll und sachlich gehalten sind, gipfeln in der Forderung, zu den sichernden Maßnahmen solle der Staat im Interesse der Gesellschaft auch die Unterbindung der Fortpflanzung in Verbrecherfamilien gestatten — für absehbare Zeit sicherlich nur ein frommer Wunsch (Ref.). Kürbitz-Sonnenstein.

— Linser, Prof. Dr., Tübingen: Über neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten durch Blutverbesserung. Halle 1913, Verlag Marhold. 20 Seiten. Preis 0,75 M.

Verfasser, der Leiter der Hautklinik zu Tübingen ist, empfiehlt bei Hauterkrankungen die Injektion normalen menschlichen Blutes, so z. B. bei Arzneiexanthemen, Urtikaria, Pemphigus etc., während Lupus etc., wie zu erwarten stand, unbeeinflußt blieben.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Sommer, Geh.-Rat, Gießen: Öffentliche Ruhehallen. Halle 1913, Verlag Marhold. 19 Seiten. 1 M.

In der Erkenntnis, daß Ruhe und Bewegung sich gegenseitig ergänzen müssen, und in der Annahme, daß die Ermüdung für die Degeneration vermutlich nicht ohne Bedeutung sein wird, empfiehlt Verfasser öffentliche Ruhehallen und geht dabei auf die zuerst anläßlich der Internationalen-Hygieneausstellung zu Dresden 1911 daselbst errichtete Halle ein, zu der seiner Zeit auch Mercklin kritische Stellung genommen hat (diese Zeitschrift 13. Jahrgang).

Zweifellos ist es in unserem überhetzten nnd nervösen Zeitalter durchaus nur zu begrüßen, wenn die sorgfältig durchgedachten Anregungen und Pläne des Verfassers weitgehendste Beachtung und Verwirklichung finden würden. Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— Unter **„Ein Fortschritt der Jodtherapie"** macht Professor Dr. R. Kafemann von der Universität Königsberg i. Pr. in der Berl. klin. Wochenschrift vom 25. Mai 1914 Mitteilung über seine Versuche mit **Testijodyl,** das von dem chemischen Institut Dr. Ludwig Oesterreicher, Berlin W. 35 hergestellt wird. Es wird aus Blut gewonnen durch Isolierung von Bluteiweiß und enthält 14 bis 15% Jod, welches teils locker, teils fest gebunden ist. Nach den Versuchen der Biochemiker J. Wohlgemuth und R. Rewald (Biochem. Zeitschr. Bd. 55 H. 2, Über das Verhalten von Jodeiweiß im Organismus) in der experimentell-biologischen Abteilung des Pathologischen Instituts in Berlin ist Bluteiweiß imstande, größere Mengen Jod chemisch zu binden als alle anderen Eiweißkörper. Es enthält Eisen in natürlicher Bindung, herrührend von dem Eisengehalt des Hämoglobins. Eiweißsubstanz, Jod und Eisen sind vorhanden zu 81,48, 15,24 bezw. 0,25%. Toleranz und Resorptions-Verhältnisse waren bei Versuchen an Tier und Mensch vorzüglich; die Ausscheidung ist eine langsame. Nach Darreichung von Testijodyl wurde eine beträchtliche Bereicherung des normal in der Leber vorhandenen Eisens festgestellt. Nach Locke (Therapie der Gegenwart 1914 Heft 1) wird Testijodyl ausgezeichnet vertragen und tritt Jodismus fast niemals oder, wenn doch, in nicht nennenswerter Weise auf. Es wirkt auf die typischen Erscheinungen der Lues prompt. Professor Dr. Kafemann verordnete das Präparat in Form von Dragees (2—3 mal täglich 1—2 Stück) mit recht befriedigendem Erfolg bei äußerer Halsdrüsenskrofulose mit oder ohne Anschwellung des lymphoiden Gewebes der Rachenschleimhaut. Bei Anämie wurde das Allgemeinbefinden gebessert und das Hämoglobin im Blut vermehrt. Professor Dr. Kafemann empfiehlt Testijodyl ferner bei den Frühformen der Otosklerose und bei den so überaus häufigen, auf arteriosklerotischen Gefäßveränderungen beruhenden degenerativen Prozessen des mittleren und inneren Ohres, bei neuralgiformen Schmerzen im Gebiet der Ohren, der Stirn und des ganzen Kopfes. Es werden in der Regel weder Jodismus, noch Schädigungen der Verdauungsorgane beobachtet, da Testijodyl den Magen unzersetzt passiert und das Jod erst im Darm allmählich abspaltet. Testijodyl ist nach Professor Dr. Kafemann ungewöhnlich billig; denn ein Originalröhrchen mit 20 Dragees à 0,5 Testijodyl koste 1,25 M.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

(Fortsetzung aus Nr. 41 Jahrg. XV.)

IX. Über den klinischen Blutnachweis mittels der Benzidinreaktion. Von Prof. Dr. Walther Löb, Vorsteher der chemischen Abteilung. (Aus dem Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin.) Medizinische Klinik 1914 Nr. 14.

Die Benzidinreaktion ist die empfindlichste Farbreaktion für den klinisch so wichtigen Nachweis geringer Blutmengen in den Fäzes und stellt zweifellos das geeignetste Hilfsmittel zur Erkennung okkulter Blutungen dar. Die Hauptschwierigkeit der Benzidinmethode besteht für den Arzt in der Beschaffung eines reinen, mehrfach umkrystallisierten Benzidins, da die verschiedenen Benzidinpräparate des Handels sehr ungleichwertig sind.

Neuerdings wird von der Firma Goedecke & Co., Leipzig und Berlin, ein einwandfreies Präparat in Tablettenform, das speziell dem Blutnachweise dienen soll, in den Handel gebracht: „Benzidin-Goedecke". In dieser trocknen Tablettenform hält sich das Benzidin monatelang vollständig unverändert. Auf Ersuchen der Firma hat Prof. Dr. Loeb in dankenswerter Weise es übernommen, die Reinheit und Brauchbarkeit der Tabletten für den klinischen Blutnachweis dauernd zu kontrollieren,



so daß die Zuverlässigkeit der mittels dieser (gewissermaßen geeichten) Benzidintabletten ausgeführten Reaktion gewährleistet ist.

Die Ausführung des Blutnachweises mittels der Benzidinreaktion gestaltet sich nach Löb folgendermaßen: 1. Man löse eine Benzidintablette in 5 ccm Eisessig unter Erwärmen auf. Eine dabei entstehende schwache Grünfärbung verschwindet beim Erkalten fast vollständig und stört die Reaktion in keiner Weise. Man läßt die Lösung, die sich einen Tag brauchbar erhält, vor Anstellen der Reaktion durch Einstellen in kaltes Wasser auf Zimmertemperatur abkühlen. Da eine Probe nur 1 ccm erfordert, kann eine Tablette zur Ausführung mehrerer Reaktionen dienen. 2. Man verreibe bei Fäzesuntersuchungen nach Schlesingers und Holsts Vorschlag (Deutsche med. W. Nr. 36 1906) eine kleine, etwa erbsengroße Menge Fäzes mit einigen Kubikzentimetern Wasser im Reagenzglase sehr gründlich und und koche die Mischung kurz auf. 3. In einem reinen Reagenzglase mische man 1 ccm der Benzidin-Eisessiglösung (Lösung 1) mit zirka 10 Tropfen einer ein- bis fünfprozentigen Wasserstoffsuperoxydlösung und überschichte diese Mischung mit 2 bis 3 Tropfen der gekochten Fäzesaufschwemmung (Lösung 2). Das Auftreten eines blauen Ringes beziehungsweise einer blauen, bei geringem Blutgehalte grünen Färbung, spätestens nach einer halben Minute, beweist die Gegenwart von Blut. Auf innige Verreibung der Fäzes in Wasser ist besondere Sorgfalt zu verwenden.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Hannover.** Dr. Schröder, Oberarzt in Lüneburg in gleicher Eigenschaft nach Hildesheim, Dr. Schütte, Oberarzt in Osnabrück in gleicher Eigenschaft nach Lüneburg, Dr. Tintemann, Oberarzt in Göttingen in gleicher Eigenschaft nach Osnabrück, Dr. Stolzenburg, Abteilungsarzt in Lüneburg als Oberarzt nach Göttingen versetzt. Alle diese Veränderungen finden am 1. Juli statt.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Erstes Jahres-Supplement 1909/1910 (Band XXII) zu Meyers Großem Konversations-Lexikon, sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. 964 Seiten Text mit über 1000 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 83 Bildertafeln (darunter 4 Farbendrucktafeln und 15 selbständige Kartenbeilagen) sowie 10 Textbeilagen. In Halbleder gebunden 10 M oder in Prachtband 12 M. (Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien.) — Ein treues Spiegelbild des rastlosen Vorwärtsdrängens unsrer Zeit bietet das „I. Jahres-Supplement 1909/1910" zu Meyers Großem Konversations-Lexikon (der ganzen Reihe 22. Band). In der Tat, mit diesem Hilfsmittel ausgerüstet, kann man sich bequem und rasch über jede der tausend Fragen unterrichten, deren Verständnis vom „modernen" Menschen verlangt wird. Der Politiker, der Zeitungsleser findet hier die Staatengeschichte der ganzen Erde up to date verzeichnet, die jüngste Entwicklung aller politischen Parteien dargelegt, die neuesten Wahlrechtsänderungen usw. besprochen. Wer sich für Steuerpolitik und Finanzwesen interessiert, wird z. B. durch die sehr ausführlichen Übersichtsartikel „Reichsfinanzreform" und „Gemeindefinanzen" sowie durch viele Einzelartikel auf seine Rechnung kommen. Heerwesen und Marine sind in Hunderten von Einzelbeiträgen vertreten, welche die neuesten Vervollkommnungen der modernen Zerstörungsmittel in Wort und Bild vorführen. Daneben sind Technik und Naturwissenschaft, Künste und Geisteswissenschaften, Kirchen- und Unterrichtswesen, Rechtswissenschaft, Volkswirtschaft, Verkehrswesen — kurz: alle Gebiete menschlicher Betätigung in ihren jüngsten Fortschritten, hier zum bequemsten Studium alphabetisch geordnet und von berufenen, z. T. berühmten Fachleuten allgemein verständlich behandelt worden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 13. 27. Juni **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die Abderhaldensche Serodiagnostik in der Psychiatrie.

Übersichtsreferat von Oberarzt Dr. **Bresler.**

(Fortsetzung.)

M. Theobald[17]) hatte bei seinen Untersuchungen in der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München folgende Resultate.

Die Versuche erstreckten sich auf 165 Fälle mit etwa 1000 Protokollnummern. Es wurde in jedem Falle sowohl Serum allein angesetzt als auch inaktives Serum mit Organ auf Abbauvermögen geprüft und bei positivem Ausfall die eigentliche Reaktion korrigiert. In 10 von den 165 Fällen ergab Serum allein schon eine allerdings immer schwach positive Ninhydrinreaktion, nämlich unter 10 Alkoholikern 1 mal, unter 17 schweren Epileptikern 5 mal, unter 8 senil Dementen 2 mal, bei 25 Idioten 1 mal, bei 58 Fällen von Dementia praecox 1 mal; inaktivierte Seren allein reagierten nur 1 mal positiv, inaktivierte Seren mit Organen 6 mal positiv (darunter 4 mal bei schweren Zustandsformen (epileptischer Dämmerzustand, epileptischer Anfall, Arteriosklerose). Versuche mit Tierorganen ergaben kein eindeutiges Resultat.

58 Fälle gehörten der Dementia praecox an; 46 Männer, 12 Frauen. Die Dauer der Erkrankung beträgt 1/4 bis 45 Jahre; in Häufigkeit und Stärke der Ninhydrinreaktion bestand kein Unterschied zwischen jüngeren und älteren Fällen, ebensowenig bezüglich des Vorwiegens des Abbaues eines Organs gegenüber einem anderen. Es wurde abgebaut: Hirnrinde in 69%, spezifische Geschlechtsdrüse in 53%, Schilddrüse in ca. 64%. In 7 Fällen gleich 12% wurde gar keins dieser Organe abgebaut. Je einmal wurden abgebaut: Leber, Uterus, Kleinhirn. — Die Seren der 12 weiblichen zeigten keine Reaktion auf Testikel.

Bei 25 Idioten zeigte sich bezüglich des Abbaus entfernte Ähnlichkeit mit Dementia praecox.

7 mal reagierte Hirnrinde positiv, 10- bezw. 2 mal spezifische Geschlechtsdrüsen. Die auf Hirnrinde reagierenden Fälle sind im allgemeinen die tiefer stehenden Idioten. In 4 Fällen (davon 2 hereditärluetisch) wurde sowohl Hirnrinde als Geschlechtsdrüse abgebaut; es sind möglicherweise Frühformen der Dementia praecox. Leber und Milz negativ.

Von 10 Fällen des manisch-depressiven Irreseins reagierte nur einer, und zwar wiederholt, positiv auf Rinde, Testikel und Schilddrüse, nämlich ein 65 jähriger Mann, seit 17 Jahren krank, unter Wirkung hoher Dosen von Hypnotizis stehend; auch weiche Hirnhaut wurde abgebaut (Arteriosklerose?).

7 Fälle (3 Männer, 4 Frauen) arteriosklerotischen bezw. apoplektischen Irreseins. Es wurde abgebaut Hirnrinde von 6, Aortenwand von 4, Hoden von 3, harte Hirnhaut und Leber von 2, Schilddrüse von 1. Nicht abgebaut wurde Myokard und Niere.

Dementia senilis (nur Männer), 8 Fälle. Es wurde abgebaut: Hirnrinde von 7, Hoden von 1, Aorta von 2, Dura von 1, Niere von 3.

Paralyse, 19 Fälle, durch die Wassermannsche Reaktion in Blut und Zerebrospinalflüssigkeit gesichert. Paralytikerorgane (Rinde, Leber, Milz,

[17]) Zur Abderhaldenschen Serodiagnostik in der Psychiatrie. Von M. Theobald. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47 vom 24. November 1913.



Niere) zeigen keinen wesentlichen Unterschied im Abbau gegenüber Organen von Nichtparalytikern.

Es wurde abgebaut: Hirnrinde in 12, Leber in 4, Hoden in 1, weiche Hirnhaut in 1; Schilddrüse, Plazenta, Niere, Kleinhirn, Milz niemals. Abbauferment gegen Rinde fehlte auch in einem Fall mit Status paralyticus, der bald darauf zum Tode führte.

In einem Fall von stationärer Hirnlues (Frau) waren Hirnrinde, Ovarium, Leber negativ.

17 Fälle genuiner Epilepsie, 13 Männer, 4 Frauen. Bei 5 Fällen wurde das Blut unmittelbar im Anschluß an einen oder mehrere schwere Anfälle entnommen; 3 reagierten mit Rinde positiv, 2 außerdem auch mit Testikel und Schilddrüse. 4 Fälle waren mehrere Tage vor der Blutentnahme anfallfrei; nur einer reagierte mit Rinde positiv, und zwar schwach; sonst waren bei ihnen alle Reaktionen negativ. Von den übrigen 8 Fällen, die häufige Anfälle hatten, reagierten 5 mit Rinde positiv, davon 1 auch mit Schilddrüse, 2 auch mit Geschlechtsdrüse. Unter diesen 5 lag einer im Dämmerzustand. In einem der restierenden 3 Fälle wurde nur Testikel abgebaut.

Reaktion mit Ammonshorn ergab keinen Unterschied gegenüber Hirnrinde. Kleinhirnrinde reagierte einmal ebenso stark wie Großhirnrinde. Weiche Hirnhaut, Uterus, Leber, Niere wurden nicht abgebaut.

Alkoholismus. 10 Fälle, abgelaufen. In 1 Fall von Alkoholwahnsinn wurde Hirnrinde, in 1 Fall von Korsakow und 1 von Alkoholwahnsinn Leber abgebaut. Herzmuskel, Endokard, Niere negativ.

Hysterie und Psychopathie, 8 Fälle. In je einem Fall von Hysterie und Psychopathie wurde nur Schilddrüse abgebaut, in 2 Fällen von Psychopathie und 1 Fall von Hysterie kein Organ (Hirnrinde, Geschlechtsdrüse, Schilddrüse), in einem fraglichen Fall von Hysterie (vielleicht hypochondrische Paranoia) Hirnrinde und Geschlechtsdrüse, in einem Fall von Psychopathie mit spät auftretenden Krämpfen, der vor 2 Jahren wegen Hodenneuralgien kastriert worden war, und in einem Fall von hysterischem Dämmerzustand Hirnrinde, Geschlechtsdrüse (also auch bei dem Kastrierten!) und Schilddrüse.

Bei einer gesunden Person mit Paratyphus B wurde Abbau von Hirn angetroffen, bei einer anderen gesunden Person solcher von Schilddrüse.

(Pfeiffer und Crinis haben bei Dementia praecox die Anhäufung von frei im Organismus zirkulierenden Eiweißspaltprodukten durch Bestimmung des antitryptischen Serumtitres nachgewiesen. Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie 18, 4. Zit. bei Theobald.)

Interessant sind die Befunde Theobalds[18]) bei zwei Kastrierten. Bei dem einen war die Reaktion gegen Hodengewebe positiv; vielleicht durch verlagerte, bei der Operation zurückgebliebene Hodengebilde (der Kranke hatte noch Pollutionen und Erektionen) oder durch vikariierendes Eintreten von Samenstrang und Samenbläschen; wahrscheinlich aber durch den konstanten Gebrauch von Hypnotizis, der in diesem Falle vorlag. Theobald hat ab und zu bei Patienten nach längerem Gebrauch von Hypnotizis, besonders Hyoszin-Morphium und Paraldehyd, Abbau aller möglichen Organe konstatiert. Bei dem anderen Kastrierten, bei dem Schlafmittel nicht in Anwendung gekommen waren, fand sich kein Abbau von Hodengewebe. In keinem dieser Fälle hatte sich der geistige Zustand nach der Kastration gebessert.

In der Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 22. November 1913 in Bonn nahm Dr. Loeb (Arzt an der von Ehrenwallschen Privatanstalt zu Ahrweiler) kritische Stellung zu dem Thema in einem Vortrag: Die Abderhaldenschen Fermentreaktionen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie (Referat in Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 61 Heft 3). Er hält es wegen der noch zahlreichen Widersprüche für verfrüht, therapeutische Pläne auf Theorie und Ergebnis der Abderhaldenschen Methode aufzubauen und die Entscheidung über die Diagnose von ihr abhängen zu lassen, betonte aber, daß es sich weiter verlohnt, mit der Methodik resp. mit verbesserter Methodik an der Serologie der Geisteskrankheiten weiterzuarbeiten. In der Diskussion berichtete F. Sioli, psychiatrische Klinik in Bonn, über seine Befunde mit dem Dialysierverfahren. Es wurde abgebaut

	Gehirn	Hoden	Schilddrüse	Leber	Nieren
bei 10 Fällen von Paralyse	7	4	4	5	5
bei 6 „ „ manisch-depressivem Irresein . .	0	0	1	3	2
bei 14 Fällen von Dementia praecox	8	2	1	8	5

Der Unterschied von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox sei danach unverkenn-

[18]) Abwehrfermentreaktion bei zwei Kastrierten. Von Dr. M. Theobald. Aus der oberbayer. Heilanstalt Eglfing bei München. Direktor: Med.-Rat Vocke. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift XV Nr. 48.



bar; der spezifische Abbau nach dem Fauserschen Schema scheine aber durchaus nicht die Regel zu sein.

Moerchen (Ahrweiler) erklärte, eine Tatsache habe sich mit solcher Konstanz ergeben, daß sie schon jetzt als ein diagnostisches Hilfsmittel angesprochen werden darf: das fast ausnahmslose Fehlen jeder Abbaureaktion bei den „rein funktionellen" Psychosen und Neurosen, und das fast ebenso ausnahmslose Vorhandensein irgendeiner oder mehrerer Reaktionen bei den „organischen" Psychosen mit Persönlichkeitszerfall. Einstweilen dürfe jedoch die serologische Methode bei der Diagnose zweifelhafter Fälle nicht über die klinische gestellt werden. Auch stehe noch nicht fest, ob bei den Geisteskrankheiten die Fermente eine ursächliche Bedeutung haben oder nur Begleiterscheinungen sind. —

Hier sei auch die Ansicht Alters[19]) erwähnt, wonach die Substanzen, die aus dem Serum Geisteskranker Hirnrinde abbauen, nicht Abbauagenten, sondern Abbauprodukte sind, autolytische Fermente, Zytolysine, die einen Circulus vitiosus bilden, wenn sie der Organismus nicht auszuschalten vermag.

W. Mayer[20]) hat durch Tierversuche nachgewiesen, daß eine absolute Organspezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente besteht, Versuche, welche dazu ermuntern, auch bei der klinischen Diagnostik neben arteigenen auch artfremde Organe zu benutzen. Er war zur Anstellung dieser Versuche bewogen worden durch eine Vermutung, die Binswanger in einem Falle ausgesprochen hatte, daß nämlich die Abwehrfermente gegen Ovarium diejenigen gegen Gehirn verdecken könnten. Mayer hält dies zwar aus der klinischen Erfahrung heraus für unwahrscheinlich, da ja z. B. bei Paralyse Abwehrfermente gegen mehrere Körperorgane gefunden werden, auch bei Dementia praecox. Eine Verdeckung von Fermenten bei parenteraler Einverleibung einer verschieden großen Menge Eiweiß zweier verschiedener Organe in dem Sinne, daß die größere Menge Eiweiß des einen Organs mehr Ferment hervorruft und das geringere Ferment verdeckt, wurde durch das Experiment nicht erwiesen. Zur Untersuchung diente Kaninchenserum.

Im Januar 1914 konnte E. Wegener[21]) mitteilen, daß an der psychiatrischen Klinik zu Jena weit über 3000 Untersuchungen an etwa 600 Patienten ausgeführt worden sind. Er hat jeden einzelnen Fall mit fast sämtlichen Organen, die ihm zur Verfügung standen, untersucht, nämlich mit Hoden, Ovarien, Gehirn, Rückenmark, Nerven, Lunge, Leber, Pankreas, Thymus, Niere, Nebenniere, Schilddrüse und Muskel. In einer Tabelle gibt er diejenigen Organe an, die bei der bestimmten Krankheit nur allein immer und immer wieder abgebaut wurden. Es wurde abgebaut (die eingeklammerten Ziffern bedeuten die Zahl der Fälle):

Kein Organ bei Gesunden (13), einfachen Affektpsychosen (15), einfacher Hysterie (32), Paranoia chronica (8).

Gehirn allein bei Arteriosklerose des Gehirns und Dementia senilis (zusammen 12), Meningitis (10), bei Epilepsie (61, und zwar unmittelbar oder noch bis zu 8 Tagen nach dem Anfall; bei progredient-deletär, d. h. zu Demenz verlaufenden Fällen auch im Intervall; sonst kein Abbau im Intervall).

Gehirn und Rückenmark: bei Paralyse, Lues cerebri, Tabes (zusammen 67), Gehirn- und Rückenmarkstumor (15).

Gehirn und Nervensubstanz: Chorea (6), multiple Sklerose (8).

Nervensubstanz (wenn Atrophie vorhanden ist, auch Muskel): Neuritis (24).

Nervensubstanz: Bleivergiftung (7).

Gehirn und Nervensubstanz, ab und zu Lunge (bei Chloroform- und Äthernarkose): Narkose und Lokalanästhesie (8).

Nervensubstanz, ab und zu Muskel: Neurasthenie (11).

Gehirn, Rückenmark, Nerven, Muskel: Paralysis agitans (1).

Hoden resp. Ovarien, in einigen Fällen Schilddrüse: einfache Hebephrenie mit primärer inkohärenter Erregung, halluzinatorischen Verwirrtheitszuständen usw. (121).

Hoden resp. Ovarien und stets Schilddrüse: Hebephrenie mit katatonem Zustandsbild (12).

Hoden resp. Ovarien und stets Gehirn: Hebephrenie mit bereits eingetretenem geistigen Defekt (Dementia praecox) (96).

Schilddrüse: Basedow (9).

---

19) Zur Abderhaldenschen Forschungsrichtung. Von Med.-Rat Dr. Alter, Lindenhaus bei Lemgo. Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschrift XV Nr. 52.

20) Über die Spezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente. Von W. Mayer. Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 52.

21) Weitere Untersuchungen mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Von E. Wegener. Aus der psychiatrischen Klinik Jena. Münch. med. Wochenschrift Nr. 1 vom 6. Januar 1914.

Schilddrüse (bei Asthenikern auch Muskel): degenerative Psychosen (26).

Leber (bei degenerativen Fällen Hoden resp. Ovarien und Gehirn, bei 5 Fällen reiner Melancholie nur Leber): Melancholie (25)

Leber, bei Alkoholpsychosen Gehirn: Alkoholismus (8).

Lungengewebe: Pneumonie und Lungentuberkulose (8).

Wo bei Jugendirresein geistige Defekte noch nicht nachgewiesen werden konnten, aber ein Gehirnabbau stattfand, wurde die Prognose ungünstig gestellt; bei einer ganzen Reihe von Fällen erwies sich diese Prognose während einjähriger klinischer Beobachtung als zutreffend.

Die Tatsache, daß bei zirkulärem Irresein nie Abbau eines Organs stattfand, half häufig die Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und zirkulärem Irresein stützen; der weitere Verlauf bestätigte die serologische Diagnose.

Unter den Hebephrenen mit deletärem Verlauf finden sich auch Fälle, die auf dem Boden konstitutionell degenerativer Veranlagung mit hysteriformen Zustandsbildern den Beginn eines chronisch-progressiv verlaufenden hebephrenen Krankheitsbildes mit Ausgang in Demenz verdecken; bei solchen hat die Abderhaldensche Methode durch den Nachweis von Gehirnabbau die wahre Natur des Leidens aufgedeckt.

Melancholiefälle, bei denen außer Leber auch Hoden resp. Ovarium und Gehirn abgebaut wurde, bekundeten sich im weiteren Verlauf als melancholische Zustandsbilder bei verschiedenen Psychosen, besonders häufig bei Hebephrenie. — In 5 Fällen mit ausschließlichem Leberabbau handelte es sich um hochgradige Angstzustände mit Magendarmstörungen und relativ geringer geistiger Hemmung; Heilung nach Abklingen der Magendarmstörungen; Opium war hier ohne Wirkung. Diese 5 Fälle sind im Archiv f. Psychiatrie 1913 beschrieben (Bericht üb. d. XIX. Jahresversammlung der Mitteldeutschen Psychiater und Neurologen).

Ein Unterschied bezüglich Abbau konnte bei Paralyse, Lues cerebri, und Tabes bisher nicht festgestellt werden. — In vielen Fällen ist das Abderhaldensche Dialysierverfahren ein feineres Reagens als die Wassermannsche Methode. In vielen Fällen war ersteres positiv, letztere negativ und erst nach Provakationskur positiv.

Bei Neuritis schwand der Nervenabbau mit der Heilung.

Bei den Meningitisfällen handelte es sich um Ohrenkranke, bei denen häufig das Ergebnis der Abderhaldenschen Reaktion für Operation maßgebend war.

Bei Trepanation erscheinen Abwehrfermente im Blutserum (Gehirnabbau) erst, wenn die Dura durchschnitten ist.

A. Fuchs und Ad. Fremd[22]) fanden bei 6 Fällen von manisch-depressivem Irresein keinen Abbau von Geschlechtsdrüsen, in 2 auf Nebennieren untersuchten Fällen keinen Abbau von solcher, in allen darauf untersuchten Fällen nur einmal Abbau von Pankreas; dieser Kranke hatte an Diabetes mellitus gelitten. Von den untersuchten 12 Fällen von Dementia praecox reagierten alle auf Geschlechtsdrüse positiv. Jedes Stadium dieser Erkrankung bildet Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüsen, unabhängig von Dauer und Verlaufsart der Krankheit. Die Geschlechtsspezifität war streng gewahrt. In sämtlichen 12 Fällen von Dementia praecox zeigte sich Abbau von Pankreas. Von 7 Paralytikern zeigten 5 Abwehrferment gegen Pankreas; von den 3 auf Geschlechtsdrüsen geprüften Paralytikern fand sich bei einem Ferment gegen Hoden, bei zwei weiblichen Paralysen gegen Kuhovarium.

Durch Tierversuche konnten Fuchs und Fremd die Organspezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente erweisen. [Dahingerichtete Versuche hatte Fuchs schon früher begonnen (Tierexperimentelle Untersuchungen über die Organspezifität der proteolytischen Abwehrfermente. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 40).] Insbesondere fanden sie, daß sich zum Nachweis von Abwehrfermenten Stiertestikel an Stelle der menschlichen verwenden lassen. Bei Dementia praecox wurde Stiertestikel immer abgebaut, bei progressiver Paralyse manchmal, bei manisch-depressivem Irresein niemals; dabei war die Geschlechtsspezifität stets gewahrt. Ebenso kann Kuhovarium an Stelle des menschlichen beim Dialysierversuch verwendet werden. Die Versuche bilden für die Annahme einer Verwendbarkeit von Tierorganen zu Heilzwecken die theoretische Grundlage, wie Fuchs und Fremd vermuten,

---

[22]) Über den Nachweis proteolytischer Abwehrfermente im Serum Geisteskranker durch das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Von A. Fuchs und A. Fremd. Aus dem Laboratorium der bayerischen Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren (Direktor: K. Medizinalrat Dr. A. Prinzing). Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 6.



Golla[23]) hat 238 Sera untersucht, teils von Patienten aus der Breslauer psychiatrischen Klinik und Poliklinik, zu einem kleineren Teil aus der städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Breslau.

1. 12 Sera von Gesunden. Sie wurden auf Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Hoden, Ovarium und Plazenta untersucht. Die Reaktion war durchweg negativ.

2. 8 Fälle von Psychopathie und Hysterie. Von 6 Fällen zeigten sämtliche Dialysate negative Ninhydrinreaktion, 1 Fall (psychogene Depression) Ovariumabbau, 1 Fall (Psychopathie) Abbau von Gehirn, Hoden und Leber.

3. 17 Fälle von manisch-depressivem Irresein. Bei 12 Fällen war die Reaktion negativ. 1 Fall (Altersmelancholie; Mann) zeigte einmal Abbau von Hoden, das andere Mal Abbau von Ovarium nebst fraglichem, aber wahrscheinlichem Leberabbau. 1 Fall (Depression im Klimakterium, vor ca. 1 Jahr Kropfoperation) Abbau von Schilddrüse, sowie von Gehirn, Ovarium und Niere. 1 Fall (Mann; depressiver Stupor, seit 2 Jahren bestehend) Gehirn- und Hodenabbau. 1 Fall (Depression im Präsenium, Arteriosklerose) Abbau von Schilddrüse und Hoden.

4. Dementia praecox, 53 klinisch sichere Fälle, 23 Männer, 30 Frauen. Es wurden angesetzt mit

Gehirn	53;	Reaktion:	27	positiv
Schilddrüse	53;	„ :	18	„
Ovarium	38;	„ :	23	„
Hoden	30;	„ :	21	„
Leber	13;	„ :	4	„
Niere	9;	„ :	5	„
Nebenniere	6;	„ :	3	„

2 Fälle zeigten bei der Nachuntersuchung bezüglich Gehirn entgegengesetzten Befund, 1 Fall (Frau) bei der ersten Untersuchung: Hoden positiv, Ovarium negativ, bei der Nachuntersuchung umgekehrt; dies bei gleicher Versuchsanordnung.

8 Fälle — 6 Frauen, 2 Männer — zeigten mit Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse negative Reaktion. In 11 Fällen wurde Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse abgebaut, in 4 Fällen Schilddrüse und Geschlechtsdrüse. 2 Fälle (1 Mann, 1 Frau) bauten Hoden und Ovarium ab; 1 Mann Ovarium.

5. Unklare Fälle mit der Differentialdiagnose Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Psychopathie bezw. Hysterie. 10 Fälle. In einem Fall — Gehirn negativ, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse, Nebenniere positiv — wurde durch den weiteren Verlauf die Diagnose Dementia praecox sicher gestellt. Von den übrigen Fällen läßt sich auch nach der serologischen Untersuchung nichts Bestimmtes sagen.

6. Epilepsie. 17 Fälle von genuiner, 1 von Spätepilepsie. In 10 Fällen wurde Gehirn abgebaut. Die übrigen Organe, Schilddrüse, Geschlechtsdrüse, Leber, Niere, nur je 3 mal. In einem Falle — Anfallsserie — war die Reaktion mit allen 5 Organen positiv.

7. Chronischer Alkoholismus und alkoholistische Geistesstörungen. 6 Fälle. In 3 Fällen Gehirnabbau, davon in einem zugleich mit Schilddrüse und Leber, in einem mit Leber, in einem mit Hoden. In einem Fall nur Hoden positiv, in einem nur Schilddrüse; in einem keine positive Reaktion.

8. Paralyse. 28 Fälle. Gehirnabbau fehlte in 5 Fällen, vorgeschrittene wie im Beginn stehende; 1 Fall davon ist vielleicht nicht Paralytiker, sondern Tabiker mit Depression. In den 28 Fällen war 9 mal zugleich Schilddrüse, 10 mal zugleich Geschlechtsdrüse, 7 mal beide zugleich neben Gehirn positiv; 7 mal Leber positiv, davon in 2 Fällen mit Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse. 6 mal war Rückenmark positiv (nur 6 mal untersucht).

9. Tabes, Lues cerebrospinalis. 7 Fälle. Es wurde 7 mal Gehirn, 3 mal Rückenmark eingestellt, jedesmal mit positivem Ergebnis. In einem Fall (Tabes mit paranoider Demenz) war auch Abbau von Ovarium und Niere vorhanden.

10. Lues cerebrospinalis. 5 Fälle. Nur in einem Fall Gehirnabbau. In einem mit Basedow komplizierten Fall Abbau von Schilddrüse und Niere.

11. Organische Erkrankungen des Zentralnervensystems außer Lues und Metalues. 33 Fälle. 21 mal Abbau von Gehirn, 11 mal von Rückenmark, 5 mal von Muskeln (2 Myelitis, 1 amyotrophische Lateralsklerose, 1 Tetanie); bei 3 Fällen von Hypophysentumor 2 mal Hypophysenabbau; bei 7 Fällen von multipler Sklerose 4 mal Gehirn- und Rückenmarkabbau.

Gollas Befunde nähern sich den Fauserschen Reaktionstypen. Golla sieht jedoch eine positive Reaktion des Geschlechtsdrüsendialysats als für Dementia praecox charakteristisch nicht an,

[23]) Die Bedeutung der Abderhaldenschen Serodiagnostik für die Neurologie und Psychiatrie. Von Dr. G. Golla, Ass.-Arzt an der psychiatrischen Universitätsklinik zu Breslau. Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie XXIV Heft 4. (Eingegangen am 16. März 1914.)

wenn sie auch hier häufiger sei als bei Paralyse, Epilepsie und Alkoholismus.

Auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Straßburg i. Els., 24. bis 25. April 1914, war die Abderhaldensche Reaktion in ihrer Bedeutung für die Diagnostik bei Psychosen Gegenstand von Vorträgen und eingehenden Erörterungen. Nicht weniger als 6 Vorträge wurden zu diesem Thema gehalten (von Plaut, Hilffert und Rosenthal, Kirchberg, Kafka, Kastan, Fauser), ein Beweis, daß die Wichtigkeit der Entdeckung Abderhaldens für die Psychiatrie immer mehr anerkannt wird. Es sei gestattet, den Inhalt nach den von den Vortragenden selbst gefertigten und zur Verfügung gestellten Auszügen wiederzugeben.

1. F. Plaut, Privatdozent an der psychiatrischen Klinik zu München: „Das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der Psychiatrie".

Die theoretischen Grundlagen des Verfahrens können noch keineswegs als gesichert angesehen werden. Es ist weder bewiesen, daß es sich um spezifische Fermente handelt, noch daß überhaupt das bei der Reaktion ausschlaggebende Prinzip, d. h. die Träger der behaupteten Spezifizität der Reaktion Fermente sind. Es könnte sich ebensowohl um Antikörper handeln. Dann weiß man nicht, ob eine Vermehrung von dialysablen Abbaustoffen bei dem 16stündigen Aufenthalt der Schläuche im Brutschrank überhaupt auf einen Abbau der Organstückchen schließen läßt; so haben wir an Stelle von Organstückchen nicht abbaufähige anorganische Substanzen (Kaolin, Bariumsulfat u. a.) verwendet und damit auch positive Reaktionen erzielen können. Auch Friedemann und Schönfeld, die Stärke an Stelle der Organstückchen benützt haben, erhielten positive Reaktionen. Diese Erfahrungen weisen darauf hin, daß es sich gar nicht um Organabbau in jedem Falle handeln muß, sondern daß es sich um eine infolge der Anwesenheit von korpuskulären Elementen im Dialysierschlauch veranlaßte Steigerung der Abbauvorgänge im Serum handeln könnte.

Schließlich ist von einer Reihe von Autoren, u. a. von Michaelis, die Methodik infolge der verschiedenen Durchlässigkeit der Schläuche für prinzipiell unbrauchbar erklärt worden.

Die Möglichkeit, daß die Reaktion von falschen Voraussetzungen ausgeht, beweist natürlich wenig gegen ihre praktische Brauchbarkeit.

Bei der Wassermannschen Reaktion mußte die Theorie auch häufig umgebaut werden, und sie ist immer noch nicht völlig klargelegt. Trotzdem gestattet uns die Wassermannsche Reaktion, die Diagnose auf Syphilis zu stellen.

Ebenso werden wir den klinischen Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens lediglich davon abhängig machen müssen, ob sich seine Ergebnisse mit den klinischen Diagnosen zur Deckung bringen lassen.

Plaut hat an der Klinik in München die Untersuchungen aufgenommen, nachdem er unter Leitung des an die Rombergsche Klinik in München übergesiedelten Assistenten Abderhaldens, Dr. Lampé, auf das gründlichste sich in alle Feinheiten der komplizierten Methodik eingearbeitet hatte.

Die Resultate, die er dann mit einer Technik, die wirklich nicht mehr verbesserungsfähig war, erhielt, stimmten keineswegs mit den Fauserschen Befunden überein.

Gewiß sah auch er positive Reaktionen bei Dementia praecox gegenüber Keimdrüsen, aber auch Manisch-Depressive und Hysterische bauten Keimdrüsen ab. Ganz entsprechend fielen die Befunde aus gegenüber Gehirn; neben Paralysen und Dementia-praecox-Fällen reagierten auch Hysterische und Manisch-Depressive positiv. Und was nun besonders bedenklich ist und zahlenmäßige Angaben ziemlich wertlos macht, ist der Umstand, daß ein und dasselbe Serum, mit mehreren gleichartigen Organen, etwa mit drei verschiedenen Hoden, in gleiche Versuche eingestellt, meist ganz verschiedene Resultate liefert. Man kann dann einen solchen Fall mit demselben Recht unter die positiven wie unter die negativen Resultate registrieren.

Das Einzige, was Plaut bestätigen kann, ist, daß weibliche Sera keine Hoden und männliche Sera keine Ovarien abbauen. Von irgendwelchen pathognostischen Beziehungen zwischen Serum und Organ kann jedoch nach seinen Erfahrungen bei keiner psychiatrischen Krankheitsform gesprochen werden. Er muß also, so sehr er das selbst bedauert, die Methode als differentialdiagnostisches Hilfsmittel auf unserem Gebiete ablehnen.

Plaut hat sich dabei nun nicht beruhigt, sondern zuerst Lampé und später Fauser gebeten, Sera von Kranken der Klinik ohne vorherige Mitteilung der Diagnose zu untersuchen.

Lampé hat nur Untersuchungen gegen Hoden vorgenommen, und zwar bei 17 Fällen. Es reagierten sicher positiv von 9 Dementia-Fällen 5, von 4 Hysterien 3; zweifelhaft positiv reagierte ein weiterer Fall von Dementia praecox, ferner ein chronischer Alkoholist und ein Epileptiker. Negativ gegen Hoden reagierten 3 Fälle von Dementia



praecox, 1 Hysterischer, 1 Manisch-Depressiver und 1 Epileptiker.

Die Resultate stimmten also mit denen Plauts überein: Positive Hodenreaktion bei Dementia praecox, aber ebensowohl bei anderen Krankheitsformen.

Die Befunde, welche Fauser bei den ihm von Plaut übersandten Fällen erhielt, ergeben sich aus nachfolgender Tabelle:

	Zahl der Fälle	Rinde		Hoden		Schilddrüse	
		+	0	+	0	+	0
Dem. praecox	4	3	1	2	2		1
Hyster. Psychopath. . .	4	2	2	2	2		1
Man.-depr. Irresein . . .	2	2		1	1		1
Paralyse	3	1	2	0	3		
Alkoholismus	1	1		1			1
Arterioskler. Dem. . . .	1		1		1		1
	15	9		6		0	

Dann wurden noch zur Bestimmung der Geschlechtsspezifität 5 Sera von Dementia praecox, 4 Frauen und 1 Mann, nach Stuttgart gesandt, und die Resultate trafen zu; wie ja auch Plaut — wie bereits erwähnt — bestätigen konnte, daß Männe nicht mit Ovarien und Frauen nicht mit Hoden reagieren.

Erwähnenswert ist noch, daß Fauser zu dem Ausfall eines Versuches, in dem ein Alkoholist und ein Katatoniker Hoden und Gehirn, und zwar beide Kranke Hoden stärker als Gehirn, abbauten, schrieb, die Reaktionen dieser beiden Fälle ließen sich kolorimetrisch nicht unterscheiden.

Man wird verstehen, sagt Plaut, daß er nach diesen Erfahrungen die Überzeugung von der Unbrauchbarkeit der Methode in diagnostischer Beziehung gewinnen mußte. Die Methode versagte offenbar auch bei Fauser, sobald er die Fälle ohne Kenntnis der klinischen Diagnosen untersucht. Es bleibe also zur Erklärung der stimmigen Resultate, die erzielt worden sind, nur die Erklärung übrig, daß die Untersuchungen sie nicht in objektiver Weise ergeben haben, sondern daß sie hineininterpretiert worden sind. Die Methode gestattet nun subjektive Deutungen in ganz besonderem Maße, und sie fügt sich gewissermaßen, sobald der Glaube stark genug ist.

Sobald etwas der Erwartung nicht entspricht, werden die zahlreichen erkennbaren und nicht erkennbaren Fehlerquellen herangezogen, um die unstimmigen Resultate zu erklären. Die Methode ist förmlich von einem Wall von Fehlerquellen umgeben, hinter dem man immer Deckung findet, wenn man sie braucht. Abderhalden hat die Parole ausgegeben, wenn es nicht stimmt, liege es an Versuchsfehlern. Man kann sich unschwer vorstellen, welche Suggestion ein derartiger Satz ausüben muß; es ist wohl begreiflich, daß manche einer solchen Suggestion nicht standhalten konnten.

Nun ist gewiß nicht zu erwarten, daß Fauser und seine Anhänger sehr bald von ihrem Glauben lassen werden. Aber das müssen wir von ihnen verlangen, daß sie bei praktischen Entscheidungen nicht ihre Dialyseresultate mitsprechen lassen, daß sie nicht Entbindungen einleiten, Operationen veranlassen, Kriminelle exkulpieren. Wenn die Herren damit fortfahren, wird die Sache bedenklich.

Dies die Ansicht von Plaut.

Zwar durchaus kritisch, aber nicht so skeptisch wie Plaut stehen W. Hilffert und Rosenthal dem Problem gegenüber; dabei zum Teil gegen Plauts Ansicht Stellung nehmend.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland***) hat ihre Jahresversammlung am 14.—16. Juli in der Irrenanstalt „Thorpe Asylum", Norwich. Näheres durch Dr. Thomson, Thorpe Asylum, Norwich.

— **Bekanntmachung betreffend die Abänderung der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896.** Auf Grund des § 80 der Reichsgewerbeordnung (Reichs-Gesetzblatt 1900 Seite 871 ff.) bestimme ich hierdurch: Die Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 (in der Fassung vom 13. März 1906 wird abgeändert wie folgt:

An Stelle der Ziffer 37a unter II A treten die Ziffern:

37a. Einspritzung von Heilmitteln in die Muskeln (außer dem Betrage für das Mittel) . . . . 5—10 M

37b. Einspritzung von Heilmitteln unmittelbar in eine Blutader (außer dem Betrage für das Mittel) . . . . 10—40 M

Berlin, den 23. Mai 1914.

Der Minister des Innern. v. Loebell.

*) Sie entspricht unserem Deutschen Verein für Psychiatrie.

— **Das Historisch-Medizinische Wellcome-Museum.** Das von Henry S. Wellcome in Verbindung mit dem 17. Internationalen Medizinischen Kongreß gegründete Historisch-Medizinische Museum zu London wurde am 28. Mai wieder geöffnet, und zwar als eine Permanentausstellung. Diese Ausstellung, deren jetziger Name „Historisch-Medizinisches Wellcome-Museum" ist, ist täglich von 10 Uhr vormittags bis 6 Uhr nachmittags, Sonnabends bis 1 Uhr nachmittags geöffnet. Eingang: 54 A, Wigmore Street, Cavendish Square, London W. Seit der im vergangenen Oktober erfolgten Schließung des Museums sind die Sammlungen bedeutend erweitert und gänzlich neuarrangiert worden. Zahlreiche weitere Objekte von Bedeutung und Interesse sind hinzugekommen, von denen zu erwarten ist, daß sie die Nützlichkeit des Museums für alle, die Interesse haben für die Geschichte der Medizin, beträchtlich erhöhen. Mitglieder des Ärztestandes und verwandter Berufe haben Zutritt gegen Vorzeigung ihrer Visitenkarte; andere Interessenten können auf Empfehlung eines Arztes Eintrittskarten durch das Kuratorium des Museums bekommen. Damen werden nur in Begleitung eines Arztes zugelassen.

Referate.

— Rixen, Dr. Peter: Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit. Ein Beitrag zur Reform der Strafprozeßordnung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen IX. Bd. Heft 7/8. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Preis 2,20 M.

Verfasser, der leitender Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene am Kgl. Strafgefängnis in Breslau ist, verurteilt in Übereinstimmung mit manchen anderen Autoren, daß in Preußen der Strafvollzug ausgesetzt wird, sobald der Betreffende einer Irrenanstalt überwiesen wird; wird doch dadurch die Strafzeit ins Ungewisse hinausgezogen.

Verfasser fügt dann noch 9 Fälle, die innerhalb von zwei Monaten durch die Irrenabteilung des Breslauer Strafgefängnisses gingen, an und zeigt an ihnen, daß die Strafzeit z. T. um das zwei- bis dreifache vermehrt wurde. Er tritt entschieden dafür ein, daß keine Strafunterbrechung stattfindet, falls der Betreffende nicht selbst sich die Krankheit mutwillig zugezogen hat. Wenngleich in Preußen der Strafvollzug dem Staate obliegt, die Irrenfürsorge aber Armenverbände und die Provinz trifft, so hält er die verwaltungstechnischen Schwierigkeiten (Kostenfrage!) nicht für unüberwindlich. Wie verschieden § 493 StrPO., nach dem an sich der Krankenhausaufenthalt mit angerechnet werden kann, von den einzelnen Oberlandesgerichten ausgelegt wird, belegt Verfasser an einigen Beispielen.

Vom ärztlichen Standpunkte aus ist die strikte Anwendung des § 493 StrPO. nur zu befürworten.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Levy-Suhl, Dr. Max, Berlin-Wilmersdorf: Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zum § 56 des Deutschen SGB. 41 Seiten. Stuttgart 1912, Verlag Enke. 1,20 M.

Verfasser legt seinen Ausführungen 120 Ausfrageversuche zugrunde, die er mit Jugendlichen (108 Knaben, 12 Mädchen) angestellt hat, um das Verständnis auf einem bestimmten ethischen Gebiet (7. Gebot) zu eruieren, und bringt dieses dann in Beziehung zu den Altersstufen, von denen er vier unterscheidet. Auffallend ist das fast völlige Versagen des religiösen Momentes bei den Kindern, während egoistische Motive naturgemäß am stärksten vertreten sind. Eine relative Strafunmündigkeit für die über 14 Jahre alten Kinder und die obligatorische Mitberücksichtigung des sittlichen Reifegrades hält Verfasser für durchaus geboten. Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Beobachtungen über neuere Mittel insbesondere bei der Therapie von tuberkulösen Lungenerkrankungen.** Von Dr. med. Otto Baer, Spezialarzt für Lungenleiden. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XXI Heft 4 1913.

Gute Erfolge von Jodipin bei Lungentuberkulose (Injektionen). Bei 10 Fällen von offener Tuberkulose der Lungen mittleren Grades nach Jodipininjektionen 25% deutlicher Rückgang der Krankheitssymptome. B. hat eine Verbindung von Kupfer darstellen lassen, in welcher Kupfer als 14%ig maskiert ist (Präparat Nr. 49). Dasselbe löst sich sehr leicht in Wasser und Alkohol, zeigt eine alkalische Reaktion und konnte von B. in einer Lösung (¼ g auf 100 Teile) Jodipin „Merck" 25% in Eukalyptusöl als tragendes Vehikel bei *zahlreichen* tuberkulös Erkrankten ohne jegliche *Intoxikationserscheinungen* bis zu je 2—5 ccm bei 2 mal wöchentlichen Injektionen angewandt werden. Über die Erfolge wird er berichten.

— **Zur Frage der Veronalbehandlung bei mehrjähriger häufiger Anwendung dieses Mittels bei einem und demselben Kranken.** Von Otto Grißlich, Stuttgart. (Mediz. Klinik 1913 Nr. 46.)

Der 82 Jahre alte Kranke, völlig erblindet, mit peripherer Arteriosklerose, Myodegeneratio cordis, Schrumpfniere und Prostatahypertrophie, hat im Jahre 1910 in 12 Gaben 5,0 g; 1911 in 328 Gaben 167,0 g; 1912 in 360 Gaben 124,0 g; 1913 in 42 Gaben 126 g Veronal eingenommen. Während dieser drei Jahre wurden keinerlei schädliche Nebenwirkungen sowohl auf die körperlichen Funktionen als auf die Psyche des Schwerkranken beobachtet. Der Kranke wachte nach Veronal mit freiem und frischem Kopf auf. „Der literarisch äußerst tätige und dadurch in weiten Kreisen bekannte Kollege ist bis drei Tage vor seinem Tode geistig außerordentlich rüstig gewesen; eine Arteriosklerose des Gehirns hatte nicht bestanden."

— **Die Behandlung des Keuchhustens mit Chineonal.** Von Dr. Pauli, Leit. Arzt d. Kinderhospitals in Lübeck. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1913 Nr. 39.

„Die absolute Unschädlichkeit sowie die Erreichung ungestörten Schlafes sind die beiden Hauptvorzüge des Chineonals, die in Übereinstimmung mit den anderen Beobachtern auch mich das Mittel „mit gutem Gewissen als Keuchhustenmittel" empfehlen lassen. Die Kinder



werden natürlich durch den bald eintretenden guten Schlaf auch in ihrem Allgemeinbefinden sehr günstig beeinflußt, überstehen die Erkrankung besser und zweifellos auch rascher, ohne Residuen darzubieten, wodurch sie gegen Nachkrankheiten, besonders die Tuberkulose, widerstandsfähiger bleiben."

— **Ein Beitrag zur Anwendung des Fibrolysins bei chronischer Pneumonie.** Von Dr. med. Brenner in Heidelberg. Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 28.

Verf. weist auf die Indikation für das Fibrolysin bei verzögerter Lösung pneumonischer Veränderungen hin.

— **Perhydrit, ein festes Wasserstoffsuperoxyd.** Von Dr. J. Schumacher in Berlin. Deutsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 46.

Zusammenfassung. „Perhydrit ist ein Wasserstoffsuperoxydpräparat, dessen Eigenschaften, soweit sie für die Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds als Wundreinigungs- und Desinfektionsmittel in Frage kommen, denen des Perhydrols nicht nachstehen. Die feste Form bedeutet einen Vorzug vor dem Perhydrol und erweitert die Verwendungsmöglichkeit des Wasserstoffsuperoxyds überhaupt."

— **Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis.** Von Dr. Th. Hoffa, leitendem Arzt des Säuglingsheims in Barmen. Deutsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 25.

Bis vor kurzem hat man sich die von Schmieden zuerst bekannt gegebene, das Epithelwachstum befördernde Wirkung des Scharlachrots und seiner Derivate (Amidoazotoluol u. a.) in der Therapie des Säuglingsalters nicht zu Nutze gemacht, vielleicht wegen der unangenehm starken Färbekraft des Scharlachrots. Das Scharlachrot wird jetzt durch nicht färbende Derivate des Amidoazotoluols ersetzt: Pellidol (Diazetylderivat des Amidoazotoluols) und Azodolen (Gemisch aus gleichen Teilen Pellidol und Jodolen), Firma Kalle & Co., Biebrich. Durch die günstigen Berichte von Retzlaff und Bantlin veranlaßt, hat H. seit Oktober 1912 Pellidol und Azodolen in zahlreichen Fällen angewandt. Er fand im großen und ganzen die guten Resultate Bantlins bestätigt, besonders bei Intertrigo, bei der von Finkelstein als Dermatitis papulo-vesiculosa glutaealis infantum bezeichneten geschwürigen Affektion der Gesäßhaut (Erythème papuleux Parrot, Erythème lenticulaire Sevestre) und bei einem Fall jener unangenehmen, aus der Intertrigo hervorgehenden Hautaffektion, die seit Leiners klassischer Beschreibung als Erythrodermia universalis bezeichnet wird. Ein Fall ausgedehnter luetischer Rhagaden an Handtellern und Fußsohlen mit tiefen Einrissen der Haut epidermisierten sich unter Pellidolsalbenbehandlung, allerdings bei gleichzeitiger interner Darreichung von Protojod. Hydrarg., überraschend schnell. Fehlen der Färbkraft und gute Löslichkeit in den üblichen Salbengrundlagen (Wirksamkeit schon bei 2%iger Konzentration statt 8% bei den älteren Mitteln), sind als Vorteile zu erwähnen. Azodolen scheint vor dem einfachen Pellidol keine besonderen Vorzüge zu besitzen, ist also wohl entbehrlich. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung.

— **Erfahrungen mit dem Skopolamindämmerschlaf in Verbindung mit Morphium, Pantopon und Narkophin.** Von Dr. Hans Reichel in München. (Aus der chirurgischen Privatklinik von Hofrat Krecke in München.) Münchener med. Wochenschrift 1913 Nr. 12.

Seitdem Unglücksfälle bei der Skopolamin-Pantoponnarkose vorgekommen sind, wurde in obiger Klinik das Pantopon zur Einleitung der Anästhesie bei Operationen nicht mehr verwendet, sondern an Stelle des Pantopons das von Straub als ein rationelles Opiumpräparat empfohlene Narkophin eingespritzt. Nach Straub wird die Steigerung der reinen Morphiumwirkung zur Opiumwirkung in erster Linie von dem Nebenalkaloid Narkotin bewirkt, das, für sich allein fast wirkungslos, im Opium und dessen Präparaten in einer Menge von 10% enthalten ist. Das Mischungsverhältnis beider Alkaloide ist ein Teil Morphium und ein Teil Narkotin. Die beiden Alkaloide werden mit der im Opium enthaltenen zweibasigen Mekonsäure verbunden. Das so entstandene Morphin-Narkotin-Mekonat ist von Straub Narkophin genannt worden. „Das Narkotin verschiebt die Verteilung des Morphins im Nervensystem in der Weise, daß das Großhirn mehr, das Atemzentrum hingegen weniger von dem Narkotikum erhält. Auf Grund dieser Straubschen Darlegungen haben wir seit 6 Monaten bei allen Kropfoperationen anstatt des Pantopon-Skopolamins das Narkophin-Skopolamin eingespritzt. Die Erfolge sind bei etwa 60 Fällen bisher recht befriedigende gewesen. Die einschläfernde Wirkung war dieselbe wie beim Pantopon und irgendwelche nachteiligen Wirkungen besonders von seiten des Atemzentrums sind bisher nicht beobachtet worden. Die Dosis des Narkophins muß etwas höher genommen werden wie die des Morphiums. Nach Straub entsprechen 3 cg Narkophin etwa 1 cg Morphium. Um nicht zu viel von dem Narkotikum zu geben, haben wir uns auch bei Männern bisher immer mit der Dosis von 3 cg begnügt und haben davon nie einen nachteiligen Einfluß beobachtet."

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

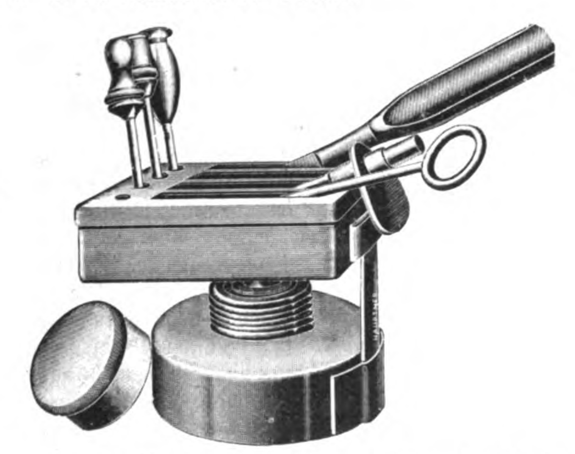
X. Okular-Zählplatte. C. Metz in Wetzlar beschreibt eine Okular-Zählplatte, die von den Optischen Werken von E. Leitz in Wetzlar hergestellt wird. (Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 18 S. 991.)

Die Zählplatte wird in der Blende des Okulars II gefaßt und dient mit Objektiv 6 in Verbindung mit den Thomaschen Mischpipetten und einer Zählkammer zum Abzählen und bequemen Berechnen der roten und weißen Blutkörperchen. Vorteile gegenüber einem am Boden der Kammer eingeritzten Zählnetz: Die Zählung erfolgt an beliebigen Stellen der ganzen Zählkammer, daher Verringerung der Fehler der Zählung bei ungleichmäßiger Verteilung der Blutkörperchen. Die Einstellung der Zählplatte geschieht unabhängig von der der Zählkammer. Sie ist deutlicher sichtbar wegen der Schwärze der Linien, welche eine auf photographischem Wege hergestellte Platte bietet. Die Zählplatte überdeckt das



Sehfeld, daher lassen sich die Grenzlinien der Felder immer scharf verfolgen. Die Berechnung ist äußerst einfach.

XI. Taschen-Sterilisator für Hohlnadeln, Messerklingen und dergleichen. Wie der Name bereits sagt, dient der Apparat zur Sterilisation von kleineren chirurgischen Instrumenten, wie Impfkanülen, Klingen von Bistouris und dergleichen. Die Abbildung zeigt deutlich, aus welchen Teilen der Sterilisator besteht: aus einer einfachen Spirituslampe und der eigentlichen Sterilisiervorrichtung, die durch einen Steg miteinander verbunden sind. Das ganze ist zerlegbar und läßt sich in einem kleinen Etui unterbringen und eignet sich in diesem Zustande ohne weiteres zur Mitnahme in der Tasche. Die Sterilisiervorrichtung besteht aus einem Gefäß von ca. 2,5 × 3,5 × 7,5 cm Größe mit einem Deckel. Letzterer ist mit runden und schlitzförmigen Öffnungen versehen, durch die die Hohlnadeln oder Messer gesteckt werden können. Der Deckel dient in dieser Weise neben dem Abschluß des Kochgefäßes gleichzeitig als Auflage für die zu sterilisierenden Stücke.



Aus der Abbildung ist die Verwendung der Vorrichtung ohne weiteres ersichtlich. Die Spitzen der durch die runden Öffnungen gesteckten Hohlnadeln reichen in das ins Gefäß gegossene Wasser, das durch die Heizquelle zum Kochen gebracht werden kann. In gleicher Weise können durch die Schlitze Messerklingen, Trokar-Dorne oder dergl. in die eigentliche Sterilisier-Zone gebracht werden.

Der Taschensterilisator wird hergestellt von der Instrumentenfabrik H. Hauptner, Berlin NW. 6, Luisenstr. 53—55.

XII. Zur Narkose mit dem Lotschapparat. Von Dr. Hübener, Direktor des Städtischen Krankenhauses in Liegnitz. (Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 21.)

Den bisher nur für Überdruck- und Sauerstoffnarkose verwendbaren Überdruckapparat von Lotsch hat Hübener besonders wegen der Kostspieligkeit der reinen Sauerstoffnarkosen für gewöhnliche Narkosen brauchbar gemacht durch Anbringung einer Seitenöffnung am Zuführungsrohr, die bei Überdruck- oder Sauerstoffnarkose verschlossen, bei gewöhnlicher Narkose geöffnet wird. Der Seitenstutzen besitzt ein leicht funktionierendes Klappenventil, das den Eintritt atmosphärischer Luft gestattet, den Austritt verhindert. Eine Änderung in der Anordnung der Zulaufrohre und Hähne für die Sauerstoffzufuhr ermöglicht im Augenblick den Seitenstutzen (für atmospärische Luft) nach hinten zu drehen und den Sauerstoffhahn zu öffnen, sowie ev. den Motor für die Anwendung des Überdruckes einzuschalten. — Die ausgeatmete Luft tritt durch das Regulierrohr in den Wasserzylinder, welcher als Austrittsventil wirkt.

Das brodelnde rhythmische Geräusch am Wasserventil und das klappernde am Lufteintrittsventil gibt eine ausgezeichnete Kontrolle über Funktion des Apparates und Atmung des Patienten.

Wenn man, was aus praktischen Gründen sich empfiehlt, auch bei Verwendung von Druckluft (Überdruck) das Wasserventil angeschlossen lassen will, so kann nach Abschrauben des Klappenventils auch durch den neuen Seitenstutzen Regulierung des Luftdruckes erfolgen.

Der Apparat hat sich mit dieser neuen Einrichtung bisher ausgezeichnet bewährt. Man kommt mit etwa einem Drittel der bei der bisherigen Äthertropfmethode verbrauchten Äthermenge aus. Die kostspielige Sauerstoffzufuhr fällt fort. Der Apparat kann zu allen Narkosen verwendet werden, ist daher stets gebrauchsbereit und das Personal bleibt mit seiner Bedienung vertraut. Angefertigt wird er von Georg Härtel, Breslau.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Ahrweiler.** Dr. Josef v. Ehrenwall als Oberarzt an der dortigen Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke angestellt.

— **Stettin.** Bei der Provinzialheilanstalt zu Stralsund ist der Assistenzarzt Dr. Bräuler zum 1. Juli zum Oberarzt befördert und der Assistenzarzt Dr. Weddige endgültig angestellt.

— **Drittes Jahres-Supplement 1911/1912 (Band XXIV) zu Meyers Großem Konversations-Lexikon,** sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. 1020 Seiten Text mit über 1150 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 110 Bildertafeln (darunter 7 Farbendrucktafeln und 14 selbständige Kartenbeilagen) sowie 8 Textbeilagen. In Halbleder gebunden 10 M oder in Prachtband 12 M. (Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien.) — Je länger wir in dem schön ausgestatteten Bande blättern, um so mehr erkennen wir, welche unerschöpfliche Fundgrube der Belehrung hier dem Gebildeten wiederum geboten wird. Wir beschränken uns darauf, einige wenige Stichworte herauszugreifen, z. B. „Arbeiterversicherung", „Arbeitsmarkt", „Arbeitsnachweis", „Minimallohn", „Reichsarbeitsblatt", „Schieds- und Einigungsämter", „Versicherung im Deutschen Reich", „Syndikalismus", „Sozialpolitische Gesetzgebung" u. a. Andere soziale Fragen werden besprochen in den Artikeln: „Mittelstandsbewegung", „Kriegswirtschaft" (Krieg und Volkswohlfahrt), „Monopol", „Moralstatistik", „Alkoholismus und Schule", „Schulspeisungen", „Kinderheilstätten", „Kinderlesehallen", „Kindervolksküchen", „Soziale Frauenschule", „Institut für soziale Arbeit in München", „Landwirtschaftlicher Unterricht im Heere", „Auswanderung", „Sterblichkeit im Beruf", „Bevölkerungsbewegung" (Geburtenrückgang), „Kinderprivileg", „Junggesellensteuer", „Frauenstimmrecht", „Volkswirtschaftslehre in Deutschland", „Einfamilienhaus" u. a. „Türkisches Reich", „Kamerun" und „Marokko".

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen

Kalle & Co., Aktiengesellschaft, **Biebrich,**

Hans Siveke, Herford

Süßrahmmargarine- und Pflanzenbutter-Industrie

und **Verlag von Theodor Steinkopf, Dresden und Leipzig**

bei, die wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Stellengesuche.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 14. 4. Juli **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

(Aus der Großh. Bad. Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Direktion: Geh. Med.-Rat Dr. Haardt.)

Mitteilungen über ungewöhnliche Sektionsergebnisse bei Geisteskranken.

(Vortrag, gehalten auf der 43. süd-westdeutschen Irrenärzteversammlung in Karlsruhe am 23. und 24. November 1913.)

Von Dr. med. **E. Hummel.**

Überraschender Verlauf körperlicher Leiden, wunderbare Heilungen derselben bei Geisteskranken können in den Anstalten von Zeit zu Zeit beobachtet werden.

Ich erwähne nur die oft tiefen, zerfetzten Riß- und Quetschwunden, die sich der Geisteskranke mit allen nur denkbaren Werkzeugen zufügt, in die aller mögliche Unrat und Schmutz, Kot und Urin hineingestopft, hineingerieben wird, und die auf all' dies nicht die geringste septische Erscheinung, ja fast nicht einmal eine lokale entzündliche Reaktion zeigen, vielmehr heilen, als ob der ganze Kot und Schmutz das mildeste Borsälbchen wäre.

Zu diesen bekannten Fällen kann ich heute zwei weitere fügen, die ich durch die Sektion gewonnen habe.

Sie fielen mir dadurch auf, daß die betreffenden Krankheiten nicht den Verlauf, nicht die Fortschritte zeigten, die der pathologische Anatom nach den schon vorhandenen Veränderungen hätte erwarten müssen.

Die beiden Fälle waren psychisch schwere Verblödungsprozesse.

Bei dem ersten handelte es sich um eine 60 jährige Frau, die an einer Pneumonie zugrunde gegangen war.

Ungefähr ein halbes Jahr vor ihrem Tode war die Frau unter fieberhaften Erscheinungen erkrankt. Es wurde damals eine schwere eitrige Zystitis festgestellt.

Der Harn war trüb und schleimig, hatte viel Sediment und gab einen geringen Ausfall der Eiweißreaktion. Im Sediment waren reichlich Eiterkörperchen vorhanden, außerdem Blasenepithelien und Bakterien und wenige rote Blutkörperchen.

Nierenepithelien konnten auch bei späteren Untersuchungen nie nachgewiesen werden.

Der Harn wurde oft längere Zeit zurückgehalten, zu anderen Zeiten ging er nur tropfenweise ab. Es war also sicher auch — und dies ist wichtig für unsern Fall — eine Harnstauung vorhanden.

Bei der Sektion fand sich die Harnblase ziemlich kontrahiert in der Größe eines mittleren Apfels vor. Durch die Wände derselben ließ sich sofort ein harter Gegenstand abtasten. Beim Aufschneiden der Blase entpuppte sich dieser als hühnereigroßer Blasenstein, der sich um eine Haarnadel kristallisiert hatte (s. Abb.).

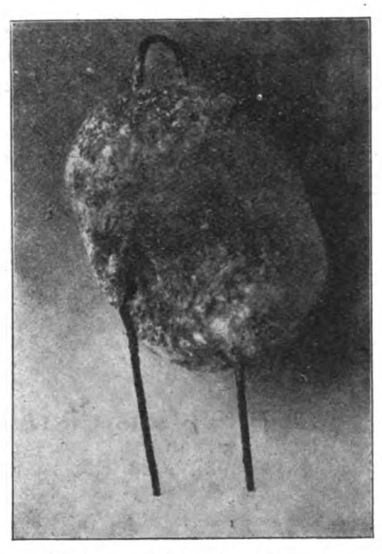
Die Harnblase selbst bot das Bild einer schweren Zystitis.

Offenbar hatte die Kranke die Haarnadel zu onanistischen Zwecken benützt. Dabei war ihr dieselbe in der Harnblase verschwunden.

Der Fremdkörper bewirkte den Ausfall von Salzen und somit die Steinbildung und diese wieder die schwere Zystitis.



Da nun — wie ich oben schon betonte — das wichtige Moment der Stauung auch vorhanden war, wahrscheinlich sogar in hohem Maße, hätte unbedingt ein Aszendieren des krankhaften Prozesses nach oben, in die Uretheren, ins Nierenbecken und die Niere selbst stattfinden müssen.



Und das klinische Bild hätte das einer schweren eitrigen Pyelonephritis sein müssen.

Aber weder klinisch, noch in mensa pathologica fand sich etwas dergleichen.

Auch unter dem Mikroskop ließen sich weder im Urether noch in den Nieren entzündliche Erscheinungen nachweisen.

Bei dem zweiten von mir sezierten Fall war das Ungewöhnliche ein vollständig metastasenlos verlaufendes Rektum-Karzinom.

Im kleinen Becken fand sich eine fast kindskopfgroße Geschwulst von blumenkohlartigem Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung eines herausgeschnittenen Stückchens ergab das typische Bild eines Karzinoms.

Die Geschwulst war im Zentrum schon stark zerfallen und offenbar auch auf der einen Seite nach der Bauchhöhle zu perforiert. Dort ließ sich eine abgekapselte, von grünlichem stinkendem Eiter gefüllte Höhle konstatieren.

Auf der andern Seite ragten ganze Zapfen des leicht bröckligen Krebsgewebes frei in die Bauchhöhle, so daß die Gedärme bei jeder Bewegung in innige Berührung mit den Krebszapfen kommen mußten.

Aber trotzdem war es zu keinerlei Metastasenbildung gekommen.

Wenn ich auch von andern Metastasen in den Drüsen und der Leber, die ja meist auch vorhanden sind, in unserem Falle aber gänzlich fehlten, absehen will, so hätten doch mindestens auf dem Bauchfell durch das Verreiben der bröckligen Krebszapfen, die sicher schon längere Zeit in die Bauchhöhle ragten, Implantationsmetastasen entstehen müssen.

Aber nirgends war ein Anhaltspunkt für metastatische Krebsbildung zu finden.

Die beiden Fälle, die im Grunde ganz verschiedener Natur sind, haben das gemeinsame einer fast gänzlichen Reaktionslosigkeit für Vorgänge, die für sie spezifisch gewesen wären.

Worauf beruht aber diese Reaktionslosigkeit des Organismus?

Soll man annehmen, daß die körperlichen Organe gerade des Geisteskranken eine höhere Wertigkeit haben und so im Kampfe gegen krankhafte Keime eher gewappnet sind als die Organe des geistig Gesunden?

Oder ist gerade das Gegenteil der Fall?

Könnten nicht die Organe des Körpers auf Grund der Minderwertigkeit des Nervensystems derart indolent sein, daß sie keine Reaktion mehr zu geben vermögen?

Die Frage muß natürlich offen bleiben — zumal auch schon deswegen, weil ich nur die beiden Fälle anführen kann, die diese Reaktionslosigkeit deutlich zeigen.

Ergebnisse der Abderhalden-Methode für die Psychiatrie.

Von Dr. **L. Nieszytka**, Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Tapiau, Ostpr.

Eigener Bericht des Verfassers über einen Vortrag, gehalten am 7. Juni auf der Versammlung nord-ostdeutscher Psychiater zu Lauenburg i. P.

Das Dialysier-Verfahren hat sich bei der Schwangerschaftsdiagnose in der Hand zahlreicher Untersucher nicht nur unübertrefflich bewährt, sondern ist auch häufig durch die Polarisationsebene kontrolliert. Bei letzterer sind zwar graduelle Beobachtungsfehler möglich, aber voll-



kommene Täuschung ebenso ausgeschlossen wie für die photographische Platte.

Bei diesem sicheren Fundamente des Dialysierverfahrens für die Schwangerschaftsdiagnose verdienen auch Untersuchungen mittels desselben von psychiatrischer Seite Vertrauen, obwohl hier der Beweis für die Richtigkeit der Ergebnisse nicht so überzeugend geliefert werden kann, wie von den Gynäkologen.

Eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Protokolle, soweit Ref. ihrer habhaft werden konnte, ergibt

Abbau von	bei 635 Dem. präc.-Fällen in %	bei 196 Paral.progr.-Fällen in %	bei 123 Epilepsie-Fällen in %
Hirn	**70,9**	**80,6**	**45,9**
Geschlechtsdrüse . . .	**82,4**	**30,8**	**21,0**
Schilddrüse .	38,2	27,9	17,9
Nebenniere .	27,6	21,7	4,7
Niere . . .	16,3	**45,7**	16,6
Pankreas . .	12,2	29,4	9,5
Leber . . .	11,3	51,5	—
Rückenmark	—	47,3	—

Dabei zeigen die Grundzahlen zu dieser Zusammenstellung für die Paralyse und namentlich die Dementia praecox ein viel einheitlicheres Bild als sich nach den Erläuterungen der einzelnen Untersucher zu ihren Protokollen erwarten ließ.

Auf Grund derselben sowie infolge eigener Untersuchungen kommt Ref. zu folgender Auffassung:

Die Differentialdiagnose der Dementia praecox gegenüber anderen in Frage kommenden Psychosen wird durch den Nachweis von Geschlechtsdrüsenabbau geliefert. Die serologische Diagnose der Dementia praecox überwiegt an Sicherheit die klinische, vermag aber letztere nicht zu ersetzen. Die serologische Trennung der Unterformen der Dementia praecox ist noch nicht hinreichend gesichert. Psychosen mit gleichzeitigen Störungen der Geschlechtsdrüsenfunktion sind häufiger als bisher angenommen.

Das Dialysierverfahren ist zurzeit das einzige Mittel zur objektiven Feststellung, ob Geisteskrankheit oder Simulation vorliegt. Seine forense Verwertung wegen der Möglichkeit falscher Resultate darf ebensowenig abgelehnt werden, wie man deshalb etwa die Perkussion und Auskultation ablehnen dürfte.

Bezüglich der funktionellen Psychosen werden die früheren Angaben Fausers, daß dabei kein Organabbau erfolge, durch die Mehrzahl der Untersucher bestätigt.

Die Regellosigkeit der Abderhaldenreaktion mit Gehirn bei Epileptikern wird nur verständlich, wenn man die epileptischen Krämpfe als anaphylaktischen Schok auffaßt, wobei teils völliger Komplementschwund, teils Eintritt der Antianaphylaxie negative Resultate nach schweren Anfällen erklären kann.

Über die Natur der Abderhalden-Fermente steht heute fest, daß ein „fermenthaltiges", „aktives" Serum durch Erhitzung auf 56° in 20 Min. inaktiviert und durch Zusatz von Meerschweinchenkomplement reaktiviert werden kann, ferner daß während der Dialyse Bindung der „Fermente" an das Organsubstrat im Abderhalden-Schlauche erfolgt. Auch ist Komplementbindung von Stephan behauptet worden. Hämolytische Bestimmungen des Komplementgehaltes dialysierter Sera haben dem Ref. gezeigt, daß jener in Abderhalden-negativen Röhrchen immer der gleiche ist, wie in der Serumkontrolle, dagegen in Abderhalden-positiven Röhrchen anscheinend geringer. Es erfolgt also in der Tat auch höchstwahrscheinlich Komplementbindung. Somit wäre der Antitoxincharakter der „Fermente" bewiesen. Ob sie tatsächlich den Hämo-, Bakterio- und Zystolysinen gleichzusetzen oder nur nahe Verwandte dieser, etwa im Verhältnisse der Agglutinine und Bakteriolysine, zu einander oder Vorläufer jener sind, erscheint von sekundärer Bedeutung.

Da schon lange bekannt ist, daß aktive Immunität als Folge parenteraler Eiweißzufuhr eintritt, andererseits Abderhalden und seine Schule bewiesen haben, daß nach solcher Verdauungsfermente im Blute mobilisiert werden, ergibt sich aus obigem die Erklärung der aktiven Immunität als Folge einer Verdauung im Blute. Ferner folgt daraus die grundsätzliche Übereinstimmung des „spezifischen Organabbaus" im Tierkörper, wo immer er durch das Dialysierverfahren bekannt geworden ist, mit Immunitätsvorgängen gegen körpereigenes Organeiweiß.

Abgesehen von der Möglichkeit, die häufige Erkrankung Geisteskranker an ubiquitären Infektionserregern, sowie die vielfache Besserung von Geistes- nach interkurrenten Infektionskrankheiten besser zu erklären als bisher, ist sehr interessant, daß nach obiger Tabelle bei Paralyse rund dreimal so häufig Nierenabbau gefunden wird, als bei Dementia praecox und Epilepsie. Bei ersterer kommt Schädigung der Nieren durch bakterielle und endo-



gene Toxine, bei letzteren wohl nur durch diese in Frage.

Aus der Feststellung von Immunitätsreaktionen im Verlaufe von Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit therapeutischer Versuche mit aktiver und passiver Immunisierung gegen die im Einzelfalle als affiziert erwiesenen Organe.

Endlich erscheint die Frage der Prüfung wert, ob in der Immunitätstherapie von Infektionskrankheiten Fortschritte erzielt werden können durch gleichzeitige Berücksichtigung der endogenen Toxine, da bisher nur gegen die bakteriellen, ektogenen immunisiert wurde.

Zur Abderhaldenschen Methode.

Daß die Abderhaldensche Methode allmählich zu immer größerer Vollkommenheit ausgebaut werden wird, unterliegt keinem Zweifel. Jede Woche bringt neue Veröffentlichungen über Verbesserungen, Vermeidung von Fehlern und über theoretische Vertiefungen. So berichtet z. B. Sagel aus der Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf bei Dresden in einer vorläufigen Mitteilung „Über den Nachweis spezifischer peptolytischer Fermente im Harn" (Münch. med. Wochenschr. 16. Juni 1914), daß es ihm gelungen zu sein scheine, auch im Harn spezifisch eingestellte Fermente nachzuweisen und zwar — nach entsprechender Einengung des Urins im Vakuum usw. — mittelst eines Polarisationsapparats von Schmidt & Hänsch-Berlin mit dreiteiligem Lippichschen Polarisator, der Hundertelgrade abzulesen gestattet. Eingeengter Paralytikerurin + Menschenhirnpepton bot regelmäßig nach einiger Zeit eine Änderung des anfänglichen Drehungswinkels, nicht aber Paralytikerurin + Hirnpepton oder Nichtparalytikerurin + Hirnpepton. (Vgl. auch Kafka.)

Hirsch (Eine neue Methode zum Nachweis der Abwehrfermente, Ref. in Münch. med. Wochenschr. Nr. 24 S. 1370, vom 16. Juni 1914, Original in Bd. 91 der Zeitschr. f. physiologische Chemie) beschreibt eine Methode zur quantitativen Verfolgung der Abwehrfermente, bei welcher „mit Hilfe des Löwe-Zeißschen Interferometers die Konzentrationsänderungen bestimmt werden, die durch Auflösung der Peptone (welche durch die Abwehrfermente in den Organsubstraten gebildet werden) im Serum bedingt sind. Die dabei gewonnenen Resultate beweisen die Richtigkeit der Abderhaldenschen Anschauungen bezüglich Auftreten und Spezifität der Abwehrfermente.

V. Kafka und O. Pförringer (Experimentelle Studien zur Frage der Abwehrfermente. Aus der Staatsirrenanstalt in Hamburg-Friedrichsberg. Deutsch. med. Wochenschr. vom 28. Juni 1914) haben in Tierversuchen gezeigt, daß schon 3 Tage nach erfolgter intraperitonealer Einführung inaktivierten, von mit Ninhydrin reagierenden Stoffen vollkommen befreiten Organeiweißes, auch roter Blutkörperchen, sich im Blutserum proteolytische Fermente nachweisen lassen, die in absolut spezifischer Weise auf das eingeführte Organ bezw. rote Blutkörperchen eingestellt sind, gleichgültig ob letzteres vom Kaninchen, Stier oder Menschen stammt. Die Geschlechtsspezifität beim Keimdrüsenabbau ist streng gewahrt. Diese spezifischen proteolytischen Fermente ließen sich nicht nachweisen, wenn die Organeinspritzung zu einer Zeit erfolgte, in der das Tier infolge einer Thoriuminjektion das Minimum der Verminderung der weißen Zellen erreicht hatte oder eben vor diesem stand. Beim Normaltier kommt es zu vorübergehender Steigerung der Menge der weißen Zellen nach der Organinjektion. Vermehrung der weißen Zellen durch vorherige Injektion von Natrium nucleinicum bewirkte nicht Produktion unspezifischer Fermente, sondern die gleiche Reaktion wie beim Normaltier.

Kafka und Pförringer schließen daraus, daß die weißen Zellen, und besonders die polynukleären Leukozyten bei der Entstehung der Abwehrfermente eine wichtige Rolle spielen und für das Erscheinen der spezifischen Fermente im Blut unbedingt notwendig sind.



Die Abderhaldensche Serodiagnostik in der Psychiatrie.

Übersichtsreferat von Oberarzt Dr. **Bresler.**

(Fortsetzung.)

2. Hilffert berichtete „zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie" über die zusammen mit Dr. Rosenthal an der Heidelberger psychiatrischen Klinik ausgeführten Untersuchung.

Die im Beginn der Untersuchungen allzuhäufig auftretende Positivität der Reaktionen ließ Zweifel an der Richtigkeit der ursprünglich bei Dementia praecox erhobenen positiven Befunde aufkommen und gab Veranlassung zu einer gründlichen Nachprüfung der Versuchsanordnung. Die Erfahrungen hierbei deckten sich im wesentlichen mit den von Oeller und Stephan (Leipzig) gemachten. Die wechselnde Durchlässigkeit der Schläuche für Pepton führte dazu, die Versuche doppelt, d. h. zwei Schläuche mit dem gleichen Organ und Serum anzusetzen. Eine andere methodische Forderung besteht in der Einführung der inaktiven Kontrollen. Die inaktiven Kontrollen sind jedoch nur als eine Sicherung gegen die Verwertung derjenigen positiven Reaktionen aufzufassen, welche nicht auf Fermentwirkung des Serums, sondern auf dialysable Substanzen anderen Ursprungs beruhen. Aber auch die inaktiven Kontrollen genügen allein noch nicht allen Kontrollanforderungen. Für den Fall nämlich, daß ein im Versuch gebrauchtes Organ Blut enthielt, konnte der fermentative Abbau des koagulierten Blutkörpereiweißes durch die gegen dieses auch im Normalserum enthaltene Ferment bedingt sein. Nach dem Vorgang von Römer und Bundschuh (Illenau) wird deshalb als weitere Kontrolle die Verwendung von aktivem Normalserum im Versuch nachdrücklich gefordert. Nach Anstellung der Ninhydrinreaktion wird eine scharfe Trennung zwischen Registrierung der Farbreaktion und ihrer späteren praktischen Beurteilung als notwendig bezeichnet. Bei der Aufstellung der Farbskala ist es zweckmäßig, zwischen die Kategorien negativ und positiv die Kategorie der fraglichen Reaktionen (—? und +?) einzuschalten, weil in dieser Kategorie möglicherweise Vorstufen schwach positiver Reaktionen enthalten sein können, im wesentlichen jedoch entsprechen wohl die fraglichen Befunde dem negativen Ausfall einer Reaktion.

Die bei Beobachtung all dieser methodischen Kautelen durchgeführten Untersuchungen erstrecken sich bis jetzt auf 160 Fälle. Es wurden 62 Fälle der Dementia praecox untersucht; 38 Männer, 24 Frauen. Unter den 38 Männern waren 3, d. h. 8% mit allen Organen (Gehirn, Schilddrüse, Hoden) negativ. 4 Fälle gaben positive Reaktionen mit allen Organen. 26 Fälle (68%) reagierten mit mindestens einem Organ positiv. Ausschließlich fragliche Reaktionen traten neunmal, d. h. 22,5 der Fälle auf. In 9 Fällen waren positive Reaktionen mit je zwei Organen aufgetreten. Bei den übrigen 13 Fällen war nur je eine positive Reaktion zu verzeichnen.

Unter den 24 Frauen, die an Dementia praecox erkrankt waren, waren 8% mit allen Organen negativ. Jedoch fand sich ein positives Ergebnis mit drei Organen bei den Frauen häufiger (25%) als bei den Männern (9,5%). Es zeigte sich eine erhebliche Differenz zwischen Männern und Frauen in bezug auf das Reaktionsverhältnis der Geschlechtsdrüsen. Es reagierten nämlich 58% der Männer, dagegen nur 12% der Frauen negativ mit Geschlechtsdrüse.

Bei den nichtschizophrenen Psychopathien und Normalfällen zeigten sich folgende Ergebnisse. Es wurden 36 Fälle untersucht. Hiervon gehörten 20 Fälle dem manisch-depressiven Irresein an. Unter 10 manisch-depressiven Männern war keine positive Reaktion vorhanden. 5 Fälle zeigten fragliche Reaktionen. 5 waren glatt negativ. Bei den Frauen traten in 4 Fällen und zwar vorzugsweise bei klimakterischen Depressionen positive Reaktion auf, dreimal mit Ovar und in einem Falle mit Gehirn. Die übrigen 6 manisch-depressiven Frauen zeigten vereinzelte fragliche Reaktionen. Bei Hysterien (9) und Normalfällen (7) wurden zwar keine positiven Reaktionen beobachtet, dagegen traten ebenfalls einige fragliche Reaktionen auf. Trotz der fraglichen Befunde wurde in keinem Falle der nichtschizophrenen Psychopathien ein gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüse beobachtet. Bei der Paralyse, der organischen Epilepsie sowie anderen destruktiven Krankheitsprozessen des Gehirns wurden in einer Anzahl der Fälle keine Abbaufermente nachgewiesen, andere besaßen solche, und zwar manchmal nicht nur gegen Gehirn, sondern gelegentlich auch gegen Thyreoidea und Geschlechtsdrüse.

Das Untersuchungsergebnis zeigte, daß aus den serologischen Befunden allein keine bestimmten diagnostischen Schlüsse zu ziehen sind.

Rosenthal faßt im Schlußwort zu den von Hilffert mitgeteilten gemeinsamen Untersuchungsergebnissen den Standpunkt der Heidel-



berger Klinik folgendermaßen zusammen:

1. Die Forschungsrichtung Abderhaldens beruht wohl auf richtigen Gedankengängen, das sogenannte Dialysierverfahren ist aber wegen der vielen Fehlerquellen bei klinischen Fragestellungen keine zuverlässige Methode zum Nachweis der Abwehrfermente.
2. Durch die doppelte Schlauchführung und inaktive Kontrollen können manche Versuchsfehler aufgedeckt werden; es ist also nicht zu verstehen, weshalb diese Maßnahmen von Abderhalden nicht befürwortet werden. Doch zeigt sich bei derartig erweiterter Versuchsanordnung, daß es zwischen dem positiven und negativen Ausfall der Reaktion Übergangsstufen gibt und daß die untere Positivitätsgrenze relativ ist.
3. Mit Rücksicht auf diese Erfahrung muß der Wert derjenigen Veröffentlichungen angezweifelt werden, durch welche die Angaben Fausers ohne jede Einschränkung bestätigt worden sind.

Es ist nicht richtig, daß bei sämtlichen Schizophrenen durchwegs positive Reaktionen mit Hirnrinde und Geschlechtsdrüse gefunden werden, während andererseits bei Manisch-Depressiven diese Reaktionen immer glatt negativ ausfallen sollen.

Abgesehen von den glatt negativ reagierenden Fällen der Dementia praecox gibt es doch bei Schizophrenen eine Anzahl der „fraglichen“ Reaktionen, welche ebenso bei Nicht-Schizophrenen und Normalen vorkommen können. Insbesondere das Fehlen dieser „fraglichen“ Reaktionen in den meisten Kasuistiken läßt sich nur durch den verführerischen Einfluß der klinischen Diagnose erklären.

In klinischer Hinsicht ist mit diesen „fraglichen“ Reaktionen gar nichts anzufangen, ebenso wie mit den negativen. Anderseits unterliegt es im Lichte der vorgebrachten Kasuistik keinem Zweifel, daß das Dialysierverfahren bei der Mehrzahl der Dementia-praecox-Kranken positive Befunde liefert und die serologische Reaktionsweise bei Schizophrenen, wenn man von organischen Erkrankungsprozessen des Gehirns absieht, trotz der negativen Befunde , im ganzen wohl eine wesentlich andere ist wie bei den Nicht-Schizophrenen. Bei männlichen Psychopathen und in Normalfällen wurde bis jetzt keine einzige positive Reaktion gefunden; die Zahl der positiven Befunde bei weiblichen Psychopathen ist verschwindend klein im Vergleich zu der Häufigkeit derartiger Reaktionen bei an Dementia praecox leidenden Frauen.

Aus diesem Grunde müssen die Behauptungen Plauts entschieden zurückgewiesen werden, daß bei Manisch-Depressiven sich ebenso wie bei Dementia-praecox-Kranken der Abbau verschiedener Substrate findet. Vor allem hat Plaut kein auf einheitlicher Methodik beruhendes statistisches Material geliefert, durch welches er seine Aufstellungen stützen könnte. Außerdem geht es aus seiner früheren Veröffentlichung unzweideutig hervor, daß seine eigene Untersuchungsmethodik große Fehler enthält.

(Der Vortrag erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.)

3. Auch Kirchbergs Mitteilung über „die differential-diagnostische Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung der klinischen Stellung von Krampfzuständen“ — auf Grund von Untersuchungen an der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Frankfurt a. Main — lautet für die Methode nicht gerade günstig, wenn man von dem immerhin sehr wichtigen Ergebnis bei Hysterie absieht. Kirchberg führte aus:

Die Mitteilung Binswangers, daß es möglich sei, mit Hilfe der Abderhaldenschen Dialysiermethode epileptische Anfälle von hysterischen zu unterscheiden, beansprucht hohes theoretisches und praktisches Interesse. Eine Nachprüfung seiner Befunde ist aber im Hinblick auf die abweichenden Ergebnisse Meyers dringend erforderlich.

Verfasser bespricht seine eigenen bisherigen Ergebnisse in 25 Epilepsiefällen, wovon 15 Erwachsene und 10 Kinder betreffen. Bei der Untersuchung wurden vor allem Gehirn, Keimdrüse, öfters Thyreoidea verwandt. Bei den Erwachsenen war intervallär die Reaktion stets negativ. Nach dem Anfall war die Reaktion in 4 Fällen positiv, in 3 zweifelhaft. Bei den Kindern fiel die Reaktion in 8 Fällen negativ aus, davon wurden 2 positiv nach Status epilepticus. 2 andere Kinder, die häufige Anfälle hatten, zeigten schon nach einem Anfall positive Reaktion. Bei den Erwachsenen war die Reaktion mit Keimdrüse viermal, mit Thyreoidea einmal positiv, bei den Kindern mit Keimdrüse sechsmal, mit Thyreoidea zweimal positiv. Bei Hysterie, auch im Anschluß an Anfälle, stets negative Reaktion. Zwei fragliche Fälle, es handelte sich um hysterische hochgradig Imbezille, bei denen differentialdiagnostisch die klinische Beobachtung schon Hebephrenie vermuten ließ, boten positive Reaktion mit Keimdrüse, mit Gehirn zweifelhafte Reaktion.

Kurze Zusammenfassung: Positiver Ausfall scheint demnach bei Hysterie im Gegensatz zu Epilepsie ungewöhnlich zu sein. Jedenfalls ist aber die Methode bisher nicht geeignet zu sicherer Unterscheidung epileptischer Störungen gegenüber



hebephrenen Erkrankungen, noch auch ist sie imstande, uns für prognostische Beurteilungen von Epilepsiefällen sichere Hinweise zu geben; ihr negativer Ausfall findet sich auch bei klinisch einwandfreien Epilepsiefällen, besonders bei Kindern; doch wurde auch bei diesen ein positiver Ausfall gegenüber Gehirn bei gehäuften Anfällen öfters beobachtet. Es ist auffallend, daß bei jugendlichen Anfällen öfters Keimdrüsen, zuweilen Thyreoidea abgebaut werden. Es wäre daher möglicherweise noch zu erwägen, ob nicht einzelne dieser Jugendlichen gar nicht zu den Epileptikern zu rechnen sind, sondern daß es sich um epileptiforme Anfälle im Beginn der Dementia praecox handeln könnte, oder daß einzelne dieser Anfälle bei den Kindern in die Tetaniegruppe zu rechnen wären. Bei unseren Fällen hatten wir bisher nicht diesen Eindruck.

4. Für den großen Wert der Abderhaldenschen Entdeckung sprechen die Ergebnisse V. Kafkas in der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg („Die Abderhaldenschen Seroreaktionen in der Psychiatrie").

Kafka bespricht vor allem einige Punkte der Technik des Dialysierverfahrens. Tierversuche, in denen es gelang, organspezifische Fermente zu erzeugen, haben K. gelehrt, daß im Versuche am Krankenbette die Haupt„fehler" in den verwendeten Organen und dem Krankenserum selbst liegen. Dies bezieht sich aber nur auf die alterprobten Hülsen; verschiedene Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Hülsen in neuerer Zeit sehr schlecht geworden sind. Um aber bei guten Hülsen die Bedingungen im Versuche am Krankenbette besser zu gestalten, rät K., in besonderen Fällen (Gravidenserum, Luikerserum usw.) mit den Serummengen noch weiter unter 1 ccm herabzugehen, um unspezifische Reaktionen unmöglich zu machen. K. weist auch darauf hin, daß er eine neue Organkontrolle dargestellt hat, indem er mit dem zur Verwendung kommenden Organ das Serum eines Kaninchens, welches mit roten Blutkörperchen vorbehandelt worden ist, einsetzt. Vielleicht ist auch eine Prüfung der Hülsen auf Durchgängigkeit für Globuline, wie sie Mazkiewitsch vorschlägt, notwendig. Ferner weist K. auf die Bedeutung der Vordialyse des Serums und die häufige Wiederholung der Untersuchung zum Ausschluß temporärer Reaktionen hin.

Nach einigen Worten über den heutigen Stand der Theorie der Abwehrfermente geht Kafka auf Untersuchungen betreffend den Übergang dieser Körper in andere Körperflüssigkeiten ein. In der Spinalflüssigkeit von Graviden, Paralytikern und an akuten Meningitiden Leidenden waren bisher auch bei Verwendung größerer Flüssigkeitsmengen Abwehrfermente nicht nachzuweisen. In dem Pleuraexsudat eines Paralytikers konnten jedoch bei Ansetzung größerer Mengen der aktiven zentrifugierten Flüssigkeit die gleichen Abwehrfermente wie im Serum gefunden werden. Im Urin konnte K. die gleichen Abwehrfermente wie im Serum nachweisen, wenn er den Harn 5 bis 6 Stunden der Vordialyse gegen fließendes Wasser unterwarf. Es muß stets frischer Morgenharn verwendet werden; reagiert der Harn alkalisch, muß er neutralisiert werden; werden inaktive Kontrollen eingesetzt, dann muß vor der Vordialyse 1 Stunde inaktiviert werden. Bisher wurden 62 Urine mit dem besten Erfolge untersucht (vergl. Med. Klinik vom 22. März 1914: Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin. Von Kafka).

Kafka geht dann auf sein Material (rund 400 Fälle mit rd. 500 Untersuchungen) ein und bespricht bloß jene Fälle, bei denen ihm von klinischer Seite sichere Diagnose gegeben wurde; es resultieren so 300 Fälle, darunter 27 Normalfälle, 114 Fälle von Dementia praecox, 18 von manisch-depressivem Irresein, 20 von Psychopathie; ferner 17 Paralysen, 5 Fälle von Lues cerebri, 17 von genuiner Epilepsie, 5 senile Psychosen, eine große Anzahl organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems und mehrere Fälle von klinisch nachweisbaren Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Die Resultate waren folgende:

Normale, 27 Fälle:

Abbau von Gehirnrinde	0 mal
Abbau von Gehirnmark (siehe weiter)	1 mal
Abbau von Geschlechtsdrüse	0 mal
Abbau von Schilddrüse	0 mal
Abbau von Nebenniere	0 mal

Früher beschriebener Milzabbau ist auf das Substrat zu beziehen.

Dementia praecox, 114 Fälle:

1. Abbau von Gehirn	in 79,4%
bei Trennung von Gehirnrinde	in 69,0%
bei Trennung von Gehirnmark	in 97,6%
Abbau von Geschlechtsdrüsen	in 62,0%
Abbau von Schilddrüse	in 40,3%
Abbau von Nebenniere	in 25,2%

2. Gruppierungen (bei Einstellung von Gehirn, Geschlechtsdrüse, Schilddrüse, Nebenniere):

Abbau von Gehirn allein	17,3%
Abbau von Gehirnmark allein	6,4%
Abbau von Gehirn + Geschlechtsdrüse	32,2%
Abbau von Gehirn + Geschlechtsdrüse + Schilddrüse	10,7%



Abbau von Gehirn + Geschlechtsdrüse + Schilddrüse + Nebenniere	4,2 %
Abbau von Gehirn + Schilddrüse	4,2 %
Abbau von Geschlechtsdrüse + Schilddrüse	2,1 %
Abbau von Geschlechtsdrüse allein	2,1 %
Abbau von Gehirn + Geschlechtsdrüse + Nebenniere	3,2 %
Abbau von Gehirn + Nebenniere	4,2 %
Abbau von Gehirn + Schilddrüse + Nebenniere	2,1 %
Abbau von Geschlechtsdrüse + Schilddrüse + Nebenniere	2,1 %

3. a) Paranoide Fälle reagieren wie andere;
   b) Katatone zeigen nicht immer Schilddrüsenabbau;
   c) Pfropfhebephrenien zeigen oft rel. negativen Abbau;
   d) Schwangerschaftspsychosen zeigen oft negativen Plazentaabbau;
   e) Parallelismus zwischen Krankheitsstadium und Abbaubefund noch nicht herstellbar.

Manisch-depressives Irresein, 18 Fälle:

Abbau von Gehirn	9 mal
Abbau von Gehirnmark	6 mal
Abbau von Geschlechtsdrüsen	0 mal
Abbau von Schilddrüsen	1 mal
Abbau von Nebennieren	4 mal

Psychopathie, 20 Fälle:

Abbau von Gehirn unter 20 Fällen	10 mal
Abbau von Gehirnmark unter 20 Fällen	6 mal
Abbau von Geschlechtsdrüsen unter 18 Fällen	1 mal
Abbau von Schilddrüsen unter 17 Fällen	2 mal
Abbau von Nebennieren unter 17 Fällen	1 mal

Paralyse, 17 Fälle:

Abbau von Gehirn unter 16 Fällen	15 mal
Abbau von Geschlechtsdrüsen unter 16 Fällen	5 mal
Abbau von Schilddrüsen unter 14 Fällen	10 mal
Abbau von Nebennieren unter 11 Fällen	5 mal

Lues cerebri, 5 Fälle:

Abbau von Gehirn unter 5 Fällen	5 mal
Abbau von Geschlechtsdrüsen unter 5 Fällen	1 mal
Abbau von Schilddrüsen unter 5 Fällen	2 mal
Abbau von Nebennieren unter 3 Fällen	0 mal

Genuine Epilepsie, 17 Fälle:

Abbau von Gehirn unter 17 Fällen (1 mal Abbau von Gehirnmark)	8 mal
Abbau von Geschlechtsdrüsen unter 17 Fällen	2 mal (fraglich)
Abbau von Schilddrüsen unter 17 Fällen	8 mal
unter 7 im Paroxysmus untersuchten Fällen	7 mal
Abbau von Nebennieren unter 17 Fällen	1 mal

Senile Psychosen meist nur Abbau von Gehirn;

Organische Nervenerkrankungen + Psychose (multiple Sklerose, Chorea, Tumor usw.): teils nur Abbau von Gehirn oder Rückenmark (multiple Sklerose, Tabes, Tumor); teils pluriglandulärer Abbau (gewisse Choreaformen, hereditärer Tremor + Psychose, organische Epilepsieformen);

Klinisch nachgewiesene Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion mit Psychose oder Idiotie:

Afunktion oder Hypofunktion der Geschlechtsdrüsen: kein Abbau;
Dysfunktionen der Schilddrüse: verschiedene Befunde;
Dysfunktionen der Nebenniere (Hypertrichosis, addisonartige Syndrome): meist Abbau;
Dysfunktionen der Hypophyse (Akromegalie, Tumor): Abbau;
Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion bei alten Dementia-praecox-Fällen: ohne nachweisbaren spezif. Abbau.

Angehörigenuntersuchung

1. Patient, Dementia praecox 4 mal untersucht, Abbau von Gehirnrinde, -mark, Hoden. Vater des Pat.: kein Abbau; Bruder des Pat.: kein Abbau; 1. Schwester des Pat.: kein Abbau; 2. Schwester des Pat. (sehr nervös): Abbau von Gehirnmark. (Siehe oben: Normale Fälle.)
2. Patientin, familiärer Tremor + Psychose, Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Hypophyse. Schwester, familiärer Tremor + Nervosität: nur Abbau von Gehirn.
3. Genesener Patient, Dementia praecox?, Abbau von Gehirnmark: Bruder gesund: kein Abbau.

Hervorzuheben ist besonders: 1. das negative Verhalten der Sera und Urine geistig und körperlich Normaler; 2. die seltenen (mit Geschlechtsdrüsen stets negativen) Reaktionen der Manisch-Depressiven gegenüber den Dementia-praecox-Fällen, wo pluriglanduläre Typen mit besonderer



Beteiligung der Geschlechtsdrüsen (62%) vorherrschen; Gehirnrindenabbau kam bei Manisch-Depressiven, wenn auch selten, vor; 3. der seltene Abbau von endokrinen Drüsen bei Psychopathen; 4. der häufige Abbau endokriner Drüsen bei Paralysen gegenüber dem seltenen bei Lues cerebri; 5. der seltene Abbau der Geschlechtsdrüsen der Epileptiker, der fast immer vorhandene Abbau von Schilddrüse im Paroxysmus.

Ausführliche Protokolle mit besonderer Angabe der Ergebnisse mit anderen eingestellten Organen werden demnächst veröffentlicht. Die Befunde scheinen nach Kafka ergiebigere zu sein, wenn durch häufige Untersuchung desselben Falles temporäre Reaktionen ausgeschaltet werden. Die Gehirnabbaureaktionen sind anders zu beurteilen als jene, wo nach Trennung von Gehirnrinde und -mark jedes Substrat einzeln eingestellt wurde.

Am Schlusse betont Kafka, daß wir trotz aller Kämpfe schon heute in den erzielten Resultaten etwas Bedeutungsvolles zu sehen haben, daß aber dringend geraten werden muß: 1. zur häufigen Wiederholung der Untersuchung, 2. in besonderen Fällen zum Herabgehen mit den Serummengen und zur Komplementierung nach Stephan, 3. in besonderen Fällen zur Anwendung der Vordialyse.

(Der Vortrag wird voraussichtlich in extenso in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. erscheinen.)

5. Auch Kastan (psychiatrische Klinik zu Königsberg i. Pr.) — „Die Pathogenese der Psychosen im Lichte der Abderhaldenschen Anschauungen" — bewertet die Abderhaldensche Methode teilweise günstig und gibt für ihre biologische Begründung eine interessante Erklärung. Er führte folgendes aus:

Die Abbauerscheinungen lassen sich als koordinierte, superordinierte und subordinierte unterscheiden, je nachdem sie die psychotischen Erscheinungen begleiten oder verursachen oder durch diese erst bedingt sind. Bei der Paralyse wird sich mit dem Abderhaldenschen Verfahren über die Genese erst etwas sagen lassen, wenn dauernde Kontrolluntersuchungen frischer Syphilitiker und aller Phasen der Syphilis bis zum Ausbruch der Paralyse vorgenommen sind. Bei der Dementia praecox wird oft Thyreoideagewebe, manchmal Nebenniere abgebaut. Der Abbau ist nicht gleichzeitig. Die klinischen und anatomischen Befunde bei der Dementia praecox lassen sich erklären, wenn man als Dysfunktion der Thyreoidea eine dem Myxödem ähnliche annimmt und die Dysfunktion der Keimdrüsen mit der Thymus in Verbindung bringt, die scheinbar während der Zeit der Entwicklung der Keimdrüsen untergeht. Auslösende Ursachen machen die Dementia praecox manifest, weil dann andere Eiweiße ins Plasma treten und auch gegen diese Abwehrfermente gebildet werden, so daß das Gehirn schutzlos wird gegen Keimdrüseneiweiß. Gefunden wurde z. B. von Kastan Abbau von Kasein durch Puerperalserum. Symptomatische Psychosen gleichen sich selbst und den Alkoholpsychosen vielleicht deshalb, weil alle sie verursachenden körperlichen Zustände mit Lipämie und Hyperglykämie einhergehen können oder einhergehen, so daß Alkohol mit Fett und Zucker abgespalten werden kann. Bei der echten (genuinen) Epilepsie hat Kastan nach Anfällen wie andere Autoren Gehirnabbau gefunden, bei allen Stadien der echten Epilepsie immer, auch im Intervall, Dünndarmabbau. Für das Petit mal gilt das gleiche wie für den epileptischen Anfall. Das Äquivalent der Verstimmung führt nicht zu Gehirnabbau. Die Alkoholepileptiker zeigen keinen Dünndarm- und Gehirnabbau. Bei unkompliziertem Alkoholismus konnte Kastan keine Abbauvorgänge feststellen, bei Delirium tremens wurde Leber, manchmal auch Lunge abgebaut. Funktionelle Psychosen zeigen auch keinerlei Abbau. Die Abbauvorgänge bei Melancholischen sind nicht charakteristisch für die Psychosen. Sie sind vom Affekt und der durch ihn bedingten geänderten Zirkulationsverschiebung (Blutüberfüllung des Bauchaortengebiets bei Unlust) abhängig. Sie treten auch z. B. bei depressiven Epileptikern auf. Sie erstrecken sich auf alle von der Bauchaorta abhängigen Organe. (Erscheint ausführlich im „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten." Man vergleiche auch Kastans interessanten Aufsatz: „Psychosen, Abbau- und Fermentspaltungsvorgänge" in Deutsch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 7. Dort heißt es am Schluß: Die Keimdrüsendysfunktion beruht auf den Substanzen (Nuklein), die der Thymus angehörten und bei der Pubertät von dort in die Keimdrüsen übergeführt werden.)

6. Fauser-Stuttgart: „Über dysglanduläre Psychosen" nimmt zunächst auf seinen bei der letzten (Breslauer) Versammlung gehaltenen Vortrag Bezug; er will diesmal „in erster Linie nicht über die einigermaßen konstant erhobenen Befunde sprechen, sondern über die von ihm schon vor längerer Zeit betonten Schwankungen im einzelnen"; ferner über einige diagnostische Ausblicke von dem gewonnenen Standpunkt aus und zum Schluß noch andeutungsweise über pathogenetische Probleme. Dabei nimmt er auf die Weiterentwicklung der Abderhaldenschen Anschauungen Rücksicht, nach denen es sich unter Umständen vielleicht lediglich



um die Abgabe von spezifischen Fermenten seitens der dysfunktionierenden Organe an die Blutbahn handelt.

Fauser betont gleich zu Anfang, daß bei strenger Durchführung der Abderhaldenschen Vorschriften der Fall nicht allzu häufig eintritt, daß man bei der Prüfung mit Ninhydrin im Zweifel darüber ist, ob die Farbenreaktion als „positiv" oder als „negativ" zu bewerten ist. Die besondere Schärfe, mit der der Kampf um die psychiatrisch-serologischen Fragen manchmal geführt wurde, ist z. T. auf die Außerachtlassung der Abderhaldenschen Forderungen zurückzuführen. Wie man sich gegebenenfalls vor Autosuggestionen schützen kann, hat Fauser schon längst (Deutsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 7; Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 11) an Beispielen gezeigt. Bei in der letzten Zeit vorgenommenen serologischen Untersuchungen von 20 Kranken der Münchener psychiatrischen Klinik wurde die Geschlechtsspezifität, soweit sie überhaupt zum Ausdruck kommen konnte, durchweg gewahrt; in bezug auf die Dementia-praecox- und Paralysefälle waren die positiven Resultate nicht in dem Maße überwiegend, wie bei den zahlreichen Untersuchungen an seinen eigenen Kranken; es wurden fernerhin bei zwei „Manisch-Depressiven" und bei einigen „Psychopathen" positive Reaktionen gefunden. Der Vortragende geht diese sämtlichen Fälle der Reihe nach durch.

Seine Befunde bei den „massiven" Geistesstörungen: der Dementia-praecox-Gruppe, den Psychosen bei gröberen Erkrankungen der Schilddrüse, der progressiven Paralyse sind im wesentlichen dieselben, die er bereits bei seiner allerersten Veröffentlichung (Deutsch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 52) und dann später wiederholt bekannt gegeben hat: speziell bei der Dementia praecox in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Ferment sowohl gegen Geschlechtsdrüse wie gegen Hirnrinde, in der Minderheit nur gegen Geschlechtsdrüse oder nur gegen Hirnrinde, in einer noch geringeren Minderheit entweder zeitweise oder dauernd weder Ferment gegen Geschlechtsdrüse noch gegen Hirnrinde. Ob es sich bei der von ihm mehrere Male gemachten Beobachtung — wonach Dementia-praecox-Kranke im Beginn der Erkrankung nur Ferment gegen Keimdrüse, erst später auch gegen Hirnrinde und dann in einem späteren Stadium der Erkrankung resp. im Zustand relativer Genesung nur wieder Ferment gegen Keimdrüse zeigten — um bloße Zufälligkeiten oder doch um eine gewisse Gesetzmäßigkeit handelt, möchte Fauser unentschieden lassen.

Bei Paralyse konnte Fauser positive Reaktion gegenüber Testikel nicht so häufig finden, wie andere Beobachter. Interessant wäre es, etwas darüber zu erfahren, ob bei den Paralysefällen mit katatonischen Symptomen vielleicht häufiger oder regelmäßig eine positive Reaktion mit Testikel (oder Schilddrüse) gefunden wird. Auch zur Erklärung mancher nichtsyphilitischer und nichtmetasyphilitischer nervöser Erkrankungen der Deszendenten von Paralytikern wäre es wichtig, wenn festgestellt werden könnte, daß die Geschlechtsdrüsen der Paralytiker, auch ohne daß diese Drüsen selbst syphilitisch infiziert zu sein brauchen, eine serologisch nachweisbare Dysfunktion zeigen können.

Bei dem manisch-depressiven Irresein konnte Fauser an seinen eigenen Fällen nicht ein einziges Mal eine positive Reaktion gegen irgendein Organ nachweisen; er hat allerdings absichtlich nur solche Fälle, die er für ganz reine und absolut sichere halten mußte, dazu gerechnet, namentlich keine Fälle, bei denen die Abgrenzung gegen die katatonische Erregung schwieriger war, fernerhin auch keine Fälle von einfach chronischer Depression. Wie er schon in seinem Breslauer Vortrag betont hat, ist aber damit noch gar nicht gesagt, es handle sich beim manisch-depressiven Irresein um keine *dysglanduläre* Erkrankung.

Was dann die Verhältnisse bei den „Psychisch-Nervösen", „Psychopathen", „Degenerierten" usw. betrifft, so wiederholt Fauser seine schon in seiner allerersten Arbeit (Deutsch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 52) ausgesprochene Vermutung, daß es sich bei einem großen Teil dieser Krankheits„zustände" in Wirklichkeit um Krankheits„prozesse" handle, die bei eingehender ätiologischer und klinischer Prüfung sich ebenso in eine Anzahl differenter Krankheitsformen zerlegen lassen werden, wie dies Kraepelin z. B. für die infektiösen und postinfektiösen Psychosen bereits unternommen hat. Im Laufe der letzten 12 Monate hat Fauser — anfangs zu seiner Überraschung — bei sogenannten „Neurasthenikern", Psychopathen" usw. mit nachweisbarer, wenn auch häufig kleiner, Struma nicht selten positive Reaktion mit Schilddrüse gefunden. Eventuell kommt hier eine Strumektomie in Frage; der Rat zu einer Schilddrüsenoperation bei vorhandenem Kropf wird ja auch ohne ausgesprochene nervöse Erkrankung bei dem heutigen Stand der chirurgischen Technik nicht gerade schwer genommen.

Bei Epilepsie hatte Fauser ähnliche Resultate wie früher; bei „epileptoiden" Zuständen



fand er einige Male Fermente gegen Schilddrüse und gegen Testikel.

Auch bei Alkoholismus waren seine Befunde dieselben wie früher. Im Anschluß an die von ihm gefundene Dysfunktion des Testikels bei einem von der Münchener psychiatrischen Klinik ihm übersandten Serum eines „chronischen Alkoholikers" erinnert Fauser an die Ähnlichkeit, die chronische alkoholische Psychosen und Dementia praecox manchmal miteinander haben, und an die daraus sich eventuell ergebenden diagnostischen Irrtümer; er gibt fernerhin zu bedenken, ob nicht durch das Alkoholgift der Testikel zur Dysfunktion gebracht und dadurch die Ähnlichkeit mancher alkoholischer und Dementia-praecox-Psychosen hervorgerufen werden kann.

In bezug auf die diagnostische Bedeutung der von ihm aufgefundenen serologischen Reaktionen warnt Fauser zunächst vor dem formallogischen Irrtum, zu meinen, daß, wenn bei einer bestimmten Krankheitsform ein bestimmter serologischer Befund vorkomme, umgekehrt dann das Vorkommen dieses serologischen Befunds auch das Vorhandensein dieser bestimmten Krankheitsform beweisen müsse. Er hat sich hierüber schon längst (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 36: „Die Serologie in der Psychiatrie") klar und deutlich ausgesprochen; ein bestimmter, mittelst des Dialysierverfahrens erhobener serologischer Befund kann zwar gewisse klinische Vermutungen, größere oder geringere Wahrscheinlichkeiten wachrufen, für die Richtung der klinischen Untersuchung bestimmte Direktiven geben, zu einer Nachprüfung der Anamnese und des Status praesens veranlassen und damit unter Umständen zu einer Korrektur der Diagnose führen, aber eine sichere Diagnose wird vorerst nur zusammen mit dem klinischen — besonders dem psychischen — Befund gestellt werden können. Wir haben mit der sachlichen Schwierigkeit zu rechnen, daß die Untersuchung mittelst des Dialysierverfahrens uns bis jetzt nur ein grobes Bild von den Verhältnissen darbietet, ähnlich etwa dem makroskopischen Verhalten bei anatomischen Organveränderungen. Eine zweite sachliche Schwierigkeit für die diagnostische Bewertung der serologischen Befunde in der Psychiatrie liegt darin, daß wir es noch nicht durchweg zur Aufstellung sicher umschriebener und allseitig anerkannter Krankheitsformen gebracht haben. Die Bedeutung der serologischen Befunde kann deshalb dadurch nicht erschüttert werden, daß sie mit manchen zurzeit herrschenden klinischen Anschauungen und Krankheitsaufstellungen in Konflikt geraten. Die serologische Auffassung ist nicht „konservativ", sondern „fortschrittlich" — wie es übrigens der Geist der klinischen Psychiatrie der letzten Jahrzehnte ohnedies ist. Fauser erinnert hier an die bahnbrechenden experimentellen Untersuchungen Kraepelins und seiner Schüler über die spezifisch verschiedenen psychischen Wirkungen der Arznei- und Genußmittel, an die (ebenfalls nach Kraepelin) spezifische Verschiedenheit der infektiösen und postinfektiösen Psychosen: es wäre lediglich die Verfolgung desselben Wegs, wenn uns die Serologie künftig in den Stand setzte, nach den „ektotoxischen" nunmehr auch die „endotoxischen" — die „dysglandulären" — Psychosen feiner zu differenzieren — von den groben, wie wir sie in der Dementia-praecox-Gruppe vor uns haben, angefangen bis herab zu den feineren, dem großen Heer der „degenerativen Psychosen", „Psychopathien", „Hysterien", „epileptoiden Zustände" und wie die Sammelnamen alle heißen.

Speziell von der Dementia-praecox-Gruppe hat Fauser die Vermutung, daß sie manche Formen in sich begreife, welche zwar ebenfalls dysglandulären Ursprungs sind, die aber wegen des vorübergehenden, relativ gutartigen Charakters dieser Dysfunktion keine schlechte Prognose zu haben brauchen. Als Ursache dieser transitorischen Dysfunktionen innersekretorischer Drüsen werden wir namentlich auch die vorübergehende oder ausschaltbare schädliche Einwirkung seitens eines anderen, mit der geschädigten Drüse in Korrelation stehenden innersekretorischen Organs, z. B. der Plazenta oder eines Kropfes, ins Auge fassen müssen. (Cfr. die bereits angeführten Veröffentlichungen [dazu: „Die Serologie in der Psychiatrie"; Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 3] von Fauser).

Im Anschluß daran geht Fauser noch kurz auf die pathogenetische Bedeutung der von ihm auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen bis jetzt erhobenen Befunde ein. Er mahnt zur Vorsicht in bezug auf das Ziehen von Analogien zwischen der Abderhaldenschen Fermenttheorie und den bisherigen Immunitätstheorien; manche Eigenschaften der Abderhaldenschen Fermente sprechen eher dafür, daß es sich dabei um besondere, bisher noch nicht näher studierte Körper — nicht um einen der bisher gefundenen Antikörper — handelt. Von den vielen Fragen, die sich weiterhin daran anknüpfen, stehen folgende für ihn zurzeit im Mittelpunkte des Interesses: 1. ist das, was wir mittelst des Dialysierverfahrens nachweisen — nämlich das Vorhandensein von Fermenten — die Hauptsache oder etwas anderes, was unserer Untersuchung bis jetzt nicht zugäng-



lich ist, etwa eine der Dysfunktion parallel gehende quantitative oder qualitative Veränderung der betreffenden spezifischen Organsekrete, der Hormone? 2. Wodurch werden die betreffenden Organe: die Testikel, die Ovarien, die Schilddrüse, die Hirnrinde zur Dysfunktion (oder vielleicht auch gleichzeitig zu einer Änderung ihrer spezifischen Organsekretion) veranlaßt? Liegen die veranlassenden Momente außerhalb des betreffenden Organs (des Testikels, der Hirnrinde), vielleicht in der Weise, daß an anderen Stellen des Körpers — etwa von korrelativen innersekretorischen Drüsen (auch solchen im weiteren Sinne des Wortes, z. B. Muskeln) — Stoffe gebildet werden, die durch ihr Übermaß oder durch ihre veränderte Qualität das betreffende, mit ihnen in Korrelation stehende Organ übermäßig stark in Anspruch nehmen und es dadurch zur Dysfunktion bringen? Oder liegt die krankmachende Ursache von Haus aus in den betreffenden Organen (Testikel, Schilddrüse usw.) selbst — in der Weise, daß sie infolge einer angeborenen oder erworbenen Unzulänglichkeit schon den normalen Einflüssen des Stoffwechsels nicht gewachsen sind und deshalb schon normale Anforderungen — z. B. während der Pubertät — durch eine Dysfunktion beantworten? 3. Welches überhaupt ist die Bedeutung der Fermente in pathogenetischer Hinsicht? Stellen sie eine nützliche oder eine schädliche Reaktion — NB. vom Standpunkt der Gesamtökonomie des Körpers aus gesehen — dar? Fauser erinnert hier an die in seiner ersten Veröffentlichung bereits hervorgehobene pathogenetische Bedeutung der Fermente und die praktisch-therapeutischen Gesichtspunkte, die sich hieraus ergeben. 4. Da es sich bei den dysglandulären Psychosen häufig um eine Dysfunktion mehrerer innersekretorischer Drüsen handelt, welches ist das innersekretorische Organ, von dem aus — gleichsam wie von einem seismischen Zentrum — ein größerer oder kleinerer Teil des glandulären Systems gewissermaßen in seismische Mitbewegung versetzt wird? Da es sich bei den glandulären Psychosen fernerhin grundsätzlich um eine Schädigung nicht bloß der innersekretorischen Drüsen, sondern auch der Hirnrinde handelt: welches ist das erste? Werden die innersekretorischen Drüsen von der Hirnrinde oder wird die Hirnrinde von den innersekretorischen Drüsen beeinflußt — oder findet beides — also eine Wechselwirkung — statt? Weiterhin: findet die Beeinflussung des drüsigen Organs seitens der Hirnrinde (oder auch umgekehrt) durch Vermittlung der Nervenbahn oder auf chemischem Wege statt? Fauser führt verschiedene Tatsachen an, die für die eine oder die andere dieser Möglichkeiten sprechen, namentlich auch die interessante Beobachtung eines amerikanischen Physiologen, der gefunden hat, daß, wenn man Tiere (Katzen) in einen längerdauernden Angstaffekt versetzt, in ihrem Blut sich eine Vermehrung der Adrenalinsubstanzen nachweisen läßt.

Zum Schluß erinnert Fauser an die vor bereits annähernd 5 Jahren von ihm erfolgte Inangriffnahme derselben Probleme mittelst der Komplementbindungsmethode (cfr. Deutsch. med. Wochenschr. 1912 Nr. 52) und spricht die Hoffnung aus, daß eine Wiederaufnahme der Untersuchungen mittelst der Komplementbindungsmethode — vielleicht mit einer besseren Technik, als sie ihm im Jahre 1909 zu Gebote *stand* — zu einem positiven Ergebnis führen, und daß dann vielleicht auch darüber Klarheit geschaffen werden könnte, ob seine schon längst ausgesprochene Vermutung hinsichtlich der Auffassung mancher psychischer Symptomkomplexe (namentlich der „Anfälle") als anaphylaktischer Phänomene richtig ist oder nicht. „Wir stehen, was Fauser immer wieder hervorgehoben hat, erst am Anfang; aber der Anfang ist gemacht und wir dürfen hoffen, daß wir bei ruhigem, besonnenem Arbeiten dem Ziel einer pathologischen Serologie der Psychosen uns immer mehr nähern werden." (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Deutsch. med. Wochenschrift.)

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Übungskurse für Hilfsschullehrer an den Kückenmühler Anstalten in Stettin.** Bei dem zunehmenden Interesse für die heranwachsende Jugend haben sich Behörden, Kommunen usw. auch der körperlich und geistig zurückgebliebenen Kinder mehr und mehr angenommen. Einrichtungen, die eine eingehendere Berücksichtigung dieser abnormen Individuen ermöglichen, bestehen bereits jetzt schon in vielen größeren und kleineren Städten unseres Reiches. Auch für die geistig zurückgebliebene Jugend wurde durch Einrichtung der Hilfsschulen Sorge getragen. Es ist verständlich, daß an diesen Schulen angestellte Pädagogen breitere und tiefere Kenntnisse des jugendlichen Schwachsinns besitzen müssen, falls für die Schützlinge ein Nutzen daraus entsprießen soll. Auf Grund dieser Erwägungen ist bekanntlich seit dem vorigen Jahre durch das Gesetz festgelegt, daß an diesen Hilfsschulen tätige Lehrer ein besonderes Examen ablegen



müssen, worin sie sich über die einschlägigen Kenntnisse mit diesen Zuständen ausweisen sollen. Derartige Vorbereitungen müssen durch einen Kursus an entsprechenden Anstalten gewonnen werden. Unter der Ägide der Königlichen Regierung fanden Übungen für Hilfsschullehrer und alle Personen, die sich für den jugendlichen Schwachsinn interessieren, in den Kückenmühler Anstalten in Stettin während der Monate Mai-Juni d. Js. statt. Die Leitung dieser Kurse war dem Chefarzt dieser Anstalten Herrn Dr. Schnitzer unterstellt. Am 4. Mai wurden die 30 erschienenen Herren zunächst von dem Vertreter der Königlichen Regierung begrüßt, im Anschluß daran von dem Direktor und Chefarzt der Kückenmühler Anstalten. Der Kursus war in der Weise eingeteilt, daß zunächst theoretische Vorlesungen über Anatomie, Physiologie und Biologie des Menschen von den Anstaltsärzten gehalten wurden; weiterhin wurde den Teilnehmern Gelegenheit gegeben, an Fröbelarbeiten, Handfertigkeits- und Gartenarbeiten teilzunehmen. Ferner wurden die Hilfsschulen in Stettin besichtigt und seminaristische Übungen dort abgehalten. Die Hygiene der Schule sowohl wie das orthopädische Turnen fanden durch Vorträge und Vorführungen von Stadtärzten Berücksichtigung. Die Grundbegriffe der physiologischen Psychologie wurden den Herren vorgeführt, während als Hauptthema am Schluß des Kursus eine eingehende Besprechung der einzelnen Formen des jugendlichen Schwachsinns stattfand. Daneben waren Vorträge pädagogischer Natur, über Einrichtungen der Hilfsschule, über pädagogisch-psychologische Beurteilung der Hilfsschulkinder usw. eingeschaltet. An einzelnen Diskussionsabenden konnten sich die Dozenten wie die Teilnehmer durch freie Aussprache über manche diesbezügliche Fragen in ungezwungener Weise unterhalten.

Soweit ein objektives Urteil überhaupt möglich ist, wurden die Vorträge und Vorführungen mit großem Interesse von den Zuhörern verfolgt. Der Kursus wurde von der Königlichen Regierung in jeder Weise unterstützt. Bei den diesjährigen guten Erfahrungen ist eine Wiederholung in den nächsten Jahren geplant.

— **Ein Denkmal für Reil.** Die Stadt Halle beschloß, dem berühmten Irrenarzt Johann Christian Reil vor Bad Wittekind ein Bronzedenkmal zu errichten.

Personalnachrichten.

— **Wiesbaden. Sanatorium Dietenmühle.** Dr. Mörchen, bisher Oberarzt an der Heilanstalt von Geh. San.-Rat Dr. von Ehrenwall in Ahrweiler, hat am 1. Juli die Leitung des Sanatoriums für Nervenkranke Dietenmühle übernommen.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Der am 1. April 1914 als Medizinalpraktikant hier eingetretene Herr Paul Gerhard Neinhaus, geboren den 1. Mai 1889 in Hochemmerich, Kreis Moers, ist am 4. Juni 1914 in die Stelle eines Volontärarztes der hiesigen Anstalt aufgerückt.

— **Rufach,** Ober-Elsaß. Dr. Hauber, Anstaltsarzt in Rufach, zum Direktor der Bezirksversorgungsanstalt in Colmar ernannt; Dr. Wittermann, Anstaltsarzt in Rufach, zum Oberarzt in Winnenthal (Württemberg) ernannt; Dr. Kauffmann, approb. Arzt aus Masmünster, zum Assistenzarzt an der Heilanstalt Rufach ernannt.

Anstaltstechnisches.

— Eine sehr praktische **Serviettentasche „Wi Ho"** aus sehr zähem, fast unzerreißbarem patentierten Pflanzenfaserstoff fabriziert die Firma Wilh. Höcker, Wiesbaden 74. Dieser Artikel erfreut sich sehr großer Beliebtheit und hat besonders in Krankenhäusern unbestreitbar nicht nur seine Daseinsberechtigung, sondern eine sehr große Bedeutung.

Jedem Patienten ist es angenehm, seine Serviette gut verwahrt zu wissen, und das Krankenhaus hat durch die Serviettentaschen den Vorteil, die Serviettenwäsche bedeutend einzuschränken und dennoch der Sauberkeit und Hygiene zu ihrem Recht zu verhelfen. In ganz kurzer Zeit sind 100 000 Stück dieser Serviettentaschen „Wi Ho" in Gebrauch genommen und rege Nachbestellungen zeigen die allgemeine Einführung dieser Neuheit.

Der Preis ist für das Stück M 0,20. Bei größerer Abnahme wird auf die Vorderseite kostenlos der Name der Anstalt oder Klinik eingeprägt. Musterstücke werden an Interessenten kostenlos versandt.

— **Ein Wink für die Anstaltsküche zur Einmachezeit.** Mit dem Frühobst beginnt für die Küchen wieder eine rege Tätigkeit; Keller und Vorratsräume sollen reichlich mit Konserven versehen werden. Darum heißt es: Flaschen, Büchsen, Gläser, Töpfe nachsehen, ob alles in gutem Stande ist. Da wird manches ergänzt werden müssen. Ich glaube, daher ist es gerade jetzt die richtige Zeit, eine Sache zu besprechen, welche ich mit gutem Gewissen als außerordentlich praktisch empfehlen kann. Seit zehn Jahren arbeite ich mit den Krumeichschen Konserven-Krügen, u. zw. brauche ich dieselben für alle Dunstfrüchte, und ich kann wohl sagen, niemals hat mir das „Dunsten" mehr Freude gemacht, als seitdem ich mit dem Krumeichschen Krug arbeite. Wie schnell sind da ganze Berge von Stachelbeeren, Kirschen, Erdbeeren, Aprikosen usw. untergebracht. Da ist zuerst das bequeme Einfüllen. Sind die Krüge fertiggestellt, Gummiringe darauf, auf diesen die rostfreien Aluminiumdeckel, die Bügel darüber, dann herein in das kochende Wasser. Da brauchen wir auch keine Sorge zu tragen für Strohverpackung im Kessel. Direkt auf den Boden und fest aneinander können die Krüge gestellt werden. Ein Zerspringen gibt es nicht, das ist einfach ausgeschlossen. Nach kurzer Zeit ist der erste Kessel fertig. Da können die sterilisierten Krüge sofort herausgenommen und gleich in dem heißen Wasser wieder eine neue Partie aufgestellt werden. Der Krumeichsche Krug verträgt jeden, selbst den krassesten Temperaturwechsel. Zuerst habe ich mit einigen Krügen angefangen, dann von Jahr zu Jahr meinen Bedarf ergänzt, und es jetzt auf einen ziemlich großen Bestand gebracht. Da ich für jede praktische Neuerung zu haben bin, so habe ich im Laufe der Jahre nebenbei immer noch

Versuche mit anderen Systemen gemacht, so z. B. mit Krügen mit Glasdeckel. Es ist ja richtig und ganz nett, wenn man sich überzeugen kann, was im Krug enthalten ist; das will ich gar nicht bestreiten. Aber anderseits ist dies beim Krumeichschen Krug gar nicht nötig. Was darin ist, ist gut. Außerdem hätte ich meinen Bestand an Krügen auf Grund der Erfahrungen mit Glasdeckeln niemals ergänzt, und ich behaupte: der Verschluß von Krumeichs Krug mit dem Aluminiumdeckel ist der praktischste und sicherste. Der Krug ist in allen Größen (von 1/2, 3/4, 1, 1 1/2, 2, 3, 4, 5 Liter) erhältlich, entweder durch die Firma Wilhelm Krumeich in Ransbach 12 (Westerwald) direkt, oder durch deren Verkaufsstellen, die sich infolge der allgemeinen Verbreitung des Kruges heute wohl an jedem größeren Platz befinden. Die verschiedenen Größen des Kruges machen ihn auch für jeden Haushalt passend. Weiter ist es eine große Annehmlichkeit, daß die Krüge sehr leicht zu reinigen sind. Das Material des Kruges ist ähnlich dem der bekannten Sauerwasserkrüge und ist ebenso wie bei diesen braun-salzglasiertes Steinzeug; sie sind also nicht leicht zerbrechlich.

Es sollte mich freuen, wenn es mir möglich gewesen sein sollte, durch diese meine Ausführungen Viele zu

einem Versuch veranlaßt zu haben. Ich bin überzeugt, sie werden mir dankbar sein.

Hofkonditor Adolf Meier, Detmold.

— **Zweites Jahres-Supplement 1910/1911 (Band XXIII) zu Meyers Großem Konversations-Lexikon,** sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. 1005 Seiten Text mit 994 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 90 Bildertafeln (darunter 9 Farbendrucktafeln und 7 selbständige Kartenbeilagen) sowie 3 Textbeilagen. In Halbleder gebunden 10 M oder in Prachtband 12 M. (Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien.) — Der vielseitige Inhalt ergänzt einmal vieles inzwischen Veraltete, bringt sodann aber auch eine beträchtliche Reihe völlig neuer Artikel. Z. B. höchst lehrreiche Beiträge zur Fortführung der Staatengeschichte und ihrer wirtschaftlichen Beziehungen, gehaltvolle Übersichtsartikel über die Erforschung der fremden Erdteile, Einzelartikel über die Besitzveränderungen der Mächte und ihren Kolonien, über die Entwickelung der Großstädte Berlin, London, New York, Paris, Wien, trefflich orientierende Berichte über die schöne Literatur der verschiedenen Länder, desgleichen solche über die Fortschritte der Chemie, der chemischen Technologie und Metallurgie, der Physik und Technik und wie sonst die Wissenszweige alle heißen, die wir im „Großen Meyer" anzutreffen gewohnt sind.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Stellengesuche.

An der für katholische Geisteskranke bestimmten **Provinzialheilanstalt zu Münster i. W.** ist demnächst eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Das Gehalt beträgt neben freier Station 1800 M und steigt bis 2200 M innerhalb drei Jahren. Danach Anstellung als Abteilungsarzt mit 3600—6300 M Gehalt neben freier Familienwohnung und Garten. (Oberarztgehalt 4500—7500 M.) Frühere ärztliche Tätigkeit wird eventl. auf die Assistenzarztzeit angerechnet. Meldungen unter Beifügung von Zeugnissen und eines Lebenslaufes erbeten an die Anstaltsdirektion.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 15. 11. Juli **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Abderhaldensche Serodiagnostik in der Psychiatrie.

Übersichtsreferat von Oberarzt Dr. **Bresler.**

(Schluß.)

Hauptmann-Freiburg hält die Anwendung des Abderhaldenschen Verfahrens nicht eher für erlaubt, als bis alle Fehlerquellen so weit erschlossen sind, daß wir mit objektiven Resultaten rechnen können. Einstweilen sind wir noch weit davon entfernt, und man ist fast immer in der Lage, ein Resultat, das mit der angenommenen Theorie nicht harmoniert, zu eliminieren, indem man irgendeine Fehlerquelle ausfindig macht.

Hauptmann hat sich deshalb in letzter Zeit hauptsächlich dem Studium der Fehlerquellen zugewandt; er konnte zunächst einmal bestätigen (Plaut), daß anorganische Substrate einerseits eine positive Reaktion hervorrufen können, andrerseits eine positive Reaktion (durch Komplement-Absorption?) verhindern können; ferner wies er nach, daß eine positive Reaktion der Serum-Kontrolle dadurch hervorgerufen sein kann, daß die im Serum vorhandenen unabgebauten Eiweißkörper während der Dialyse abgebaut werden (Versuche werden an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht), eine Fehlerquelle, die bisher nicht berücksichtigt worden ist.

Weiterhin hat er durch Versuche (die inzwischen in Nr. 21 der Münch. med. Woch. 1914 „Das Wesen der Abwehrfermente bei der Abderhaldenschen Reaktion", publiziert sind) festgestellt, daß die „Abwehrfermente" sehr wahrscheinlich aus einem unspezifischen Komplement und einem spezifischen Ambozeptor bestehen. Da die Komplementmengen sehr variabel sind, bisweilen Komplement ganz fehlen kann, können fehlerhafte negative Reaktionsausfälle eintreten. Man wird in Zukunft mit inaktiviertem und (durch Meerschweinchenserum) reaktiviertem Serum arbeiten müssen, um den Komplementfehler auszuschalten.

Vielleicht wird es nach diesen Feststellungen auch möglich sein, an die Stelle des Dialysierverfahrens das Komplementbindungsverfahren zu setzen. (Vergl. auch Hauptmann und Bumke. Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen 1913 Ref. im Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 15.)

Roemer-Illenau weist auf die Resultate seiner gemeinsam mit Bundschuh ausgeführten Untersuchungen hin, die er auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte im November 1913 mitgeteilt hat (vergl. den Bericht Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 71 S. 309 ff.) und die durch die inzwischen erweiterten Erfahrungen in allen wesentlichen Punkten bestätigt wurden:

Gesunde zeigten niemals Abbau irgendwelcher Organe, bei den thyreogenen Psycho-Neurosen ergab sich neben oder ohne Abbau von Gehirn stets Abbau von Schilddrüse, Struma oder Basedow-Schilddrüse, es ist somit die Qualität der verwendeten Schilddrüsensubstanz jeweils zu berücksichtigen. Bei der Dementia praecox fand sich zwar kein gesetzmäßiger Reaktionstypus beim Abbau von Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse, immerhin überwog ganz unverkennbar der Typus mit Ge-



hirn- und Geschlechtsdrüse positiv, mit Schilddrüse negativ, und zwar bei allen Stadien, Verlaufsarten (inklusiv den periodischen) und klinischen Formen. Bei den katatonen Formen konnten die Untersucher die von Wegener behauptete Häufigkeit des Schilddrüsenabbaus nicht bestätigen. Bei den mehrfach untersuchten Schizophrenie-Fällen sahen sie vereinzelt und episodisch negative Reaktion mit allen drei Organen. Was die Manisch-Depressiven anlangt, so wurde ein Abbau stets vermißt bis auf 3 Fälle, von denen bei Nachuntersuchungen einer einmal mit Schilddrüse (bei vorhandener Struma), einer einmal mit Testikel und bei einmaliger Untersuchung einer mit allen drei Organen positiv war. Somit bietet das ganze überwiegende Gros der Fälle die von Fauser entdeckte Regelmäßigkeit. Was die erwähnten „Ausnahmen" betrifft, so müssen diese Fälle natürlich klinisch und serologisch genau weiter verfolgt und hierbei die Dialysierversuche durch eine zweite Methode kontrolliert werden. Demnach handelt es sich um eine relative, nicht um eine absolute Konstanz der serologischen Befunde bei den uns heute bekannten Krankheitsformen. Dieser Tatbestand kann nur den überraschen, der bisher der Meinung war, die serologischen Reaktionstypen und die z. Zt. unterschiedenen klinischen Krankheitsformen stellten Kreise vor, die sich in vollem Umfange decken müßten. Diese Annahme haben wir von Anfang an als durchaus unwahrscheinlich abgelehnt und zwar aus mehrfachen Gründen; einmal weist die Geschichte der klinischen Psychiatrie während der letzten zwei Jahrzehnte, speziell hinsichtlich der Abgrenzung zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox, so häufige und so ausgiebige Schwankungen der Anschaungen auf, daß es ein außerordentlicher Zufall sein müßte, ließe sich gerade die heutige Lehre auf serologischem Wege in allen Einzelheiten als zutreffend erhärten, — ganz abgesehen von den sicher vorhandenen Differenzen in der klinischen Beurteilung seitens der verschiedenen Untersucher. Hierzu kommt dann, daß der biologische Charakter der Abderhaldenschen Untersuchungsmethoden ein unverbrüchliches exaktes Zusammengehen der serologischen Reaktionen mit bestimmten Krankheitszuständen im Sinne eines mathematischen Rechenexempels von vornherein nicht erwarten läßt: eine positive Reaktion kann durch bisher noch nicht genügend kontrollierbare Vorgänge längere oder kürzere Zeit verdeckt werden oder infolge einer vorübergehenden oder dauernden reaktiven Insuffizienz des Organismus ausbleiben. Ferner wird man mit Schwankungen im Fermentgehalt des Blutes zu rechnen haben, so daß eine einmalige Untersuchung zur Erhebung des charakteristischen serologischen Bildes nicht ausreicht. Und schließlich muß auch die Möglichkeit zufälliger somatischer Komplikationen sehr berücksichtigt werden. Unter diesen Umständen muß die bisher schon weitgehende Übereinstimmung unter der weitaus überwiegenden Zahl der Untersucher ungleich schwerer wiegen als die bisher bekannt gewordenen Differenzen. Wir befinden uns aber, wie schon früher ausgeführt, mit der Anwendung der Abderhaldenschen Methoden auf die Psychiatrie noch durchaus im Stadium der wissenschaftlichen Untersuchung, noch nicht in dem der praktischen Verwertbarkeit für unser therapeutisches Handeln und unser diagnostisches Abwägen. Entspricht der Ausfall der serologischen Reaktion der Erwartung, so kann er unter größter Reserve vielleicht— als Adjuvans gewissermaßen — bei der diagnostischen Überlegung mit eingerechnet werden; entspricht er der Erwartung nicht, so kann er die klinische Diagnose auf keinen Fall umstoßen. Damit ist aber schon gesagt, daß die neue Methodik uns ein differentialdiagnostisches Kriterium im eigentlichen Sinne zur Zeit noch nicht in die Hand gibt. Um dies Ziel zu erreichen, bedarf es der Sammlung ausführlicher Krankheitsgeschichten, mit fortlaufender klinischer und serologischer Beobachtung. Hierzu sollten nur ganz sichere und seit längerer Zeit bekannte Fälle ausgesucht werden, wächst doch erfahrungsgemäß die diagnostische Sicherheit mit der Dauer der Beobachtung. Wie die noch unlängst von angesehenen Forschern angezweifelte Sero-Diagnostik der Schwangerschaft heute wohl allgemein anerkannt ist, so dürfte sich auch die Verwertung der Abderhaldenschen Methodik für die Psychiatrie, und zwar im Allgemeinen in dem von Fauser inaugurierten Sinn, trotz der Einwendungen Plauts in Bälde durchsetzen. Hierbei wird kein Untersucher darüber im Unklaren sein, daß das Dialysierverfahren in seiner jetzigen Form der Vervollkommnung bedürftig, aber auch fähig ist und die von Abderhalden selbst am lebhaftesten erlangte Ergänzung durch die optische Methode erfordert. Bezüglich der vorläufigen pathogenetischen Bewertung der Befunde wird auf die frühere Mitteilung (Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. Nr. 48 1913/14) verwiesen.

Bundschuh-Illenau weist auf seine zahlreichen, gemeinsam mit Roemer ausgeführten Untersuchungen hin, deren Ergebnisse im Großen Ganzen mit denen Fausers und besonders Kafkas übereinstimmen, und bei denen sie mit allen Kautelen vorgingen. Neben der Kontrolle des Serums (1,5 ccm) die stets negativ war, wurden namentlich die Organsubstrate, von deren Darstellung und Be-



schaffenheit der ganze Erfolg des Dialysierverfahrens vor allem abhängig ist, einer scharfen Prüfung und Kontrolle unterworfen, einmal indem sie jeweils mit inaktivem Serum angesetzt, dann indem sie durch die Versuchsordnung (vgl. Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 48 1913/14) selbst kontrolliert wurden; so wurde in fast jedem Versuche ein Gesunder mituntersucht, dessen Serum nach ihren eigenen zahlreichen und auch anderweitigen Untersuchungen niemals einen Abbau zeigt; dann wurden die meisten Seren in demselben Versuche gleichzeitig mit mehreren Organen derselben Art, aber verschiedener Provenienz untersucht und zwar fast durchweg mit demselben Ausschlage; ferner wurde der Hoden mit weiblichem und das Ovarium mit männlichem Serum zusammengebracht. Der Versuch selbst wurde vor Anstellung der Ninhydrinreaktion, die durch einen dritten mit der Diagnose der Fälle nicht Vertrauten ausgeführt wurde, ganz regellos durcheinandergestellt und völlig unabhängig vom Versuchsprotokoll abgelesen und notiert. Außerdem wurden die Ablesungen vielfach durch andere Unbeteiligte nachgeprüft. Dabei wurden zur Untersuchung aus prinzipiellen Gründen nur solche Fälle herangezogen, deren klinische Diagnose von vornherein absolut feststand. Der etwaige Einwand einer Korrektur der Diagnosen je nach dem Ausfalle der Reaktion ist deshalb hinfällig. — Die auf diese Weise gewonnenen und zudem mit denen anderer Forscher übereinstimmenden Ergebnisse müssen den ablehnenden Standpunkt Plauts widerlegen, der zudem nicht genügend motiviert und schon deshalb nicht haltbar ist. Es ist doch ganz undenkbar, daß die mit einer derartig komplizierten Technik und Versuchsanordnung von den verschiedensten Seiten erhobenen und übereinstimmenden Befunde nur ein Spiel des Zufalles sind. — Infolge der verschiedenen Fehlerquellen, mit denen in erster Reihe die widersprechenden Ergebnisse, wohl auch die Plauts zu erklären sind, ist die Dialysiermethode noch kein ganz allgemein ideales Untersuchungsverfahren. Auf der andern Seite sind die Fehlerquellen aber auch nicht zu überschätzen, und es ist nicht angängig, nur sie, speziell auch den Hülsenfehler für die Versager verantwortlich zu machen; denn bei einwandfreier Technik ist es sehr wohl möglich, mit der Dialysiermethode brauchbare und zuverlässige Resultate zu erhalten, wie auch die Untersuchungen auf nicht psychiatrischem Gebiete gezeigt haben, die in derselben Richtung liegen, wie die psychiatrischen. Da die widersprechenden Mitteilungen zum Teil auch auf die verschiedenartige klinische Auffassung zurückzuführen sind, ist die Veröffentlichung der Krankheitsgeschichten unter allen Umständen zu verlangen.

Die vorliegenden positiven Befunde sind zweifellos vom wissenschaftlichen Standpunkt der Pathogenese aus von allerhöchstem Interesse und von größter Bedeutung. Eine andere Frage ist die, ob die neue Methodik bereits für differentialdiagnostische Zwecke verwendet werden kann, was nur dann möglich ist, wenn die serologischen Ergebnisse konstante sind und zwar nicht nur für das ungefähre Gros der Fälle; es müßten sich klinische Krankheitsform und serologischer Reaktionstypus regelmäßig decken. Dies ist nun nach ihren zahlreichen, mehrmals (3—4 mal) wiederholten Nachuntersuchungen nicht ganz der Fall; so zeigten vereinzelte, sichere Dementia-praecox-Kranke bei Nachuntersuchung gelegentlich keinen Abbau, und bei Manisch-depressiven fand sich allerdings sehr selten zeitweise ein Abbau von Gehirn oder Geschlechts- oder Schilddrüse. Worauf diese Differenzen beruhen, läßt sich noch nicht entscheiden; es können innere Ursachen sein, oder aber auch äußere, durch die Technik bedingte Momente mitspielen. Infolge der letzteren Möglichkeit ist die Nachprüfung der Ergebnisse des Dialysierverfahrens durch eine zweite Methode, die optische, dringend geboten.

Als ein zuverlässiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel kann also die neue Methode zur Zeit noch nicht angesehen werden. Erst weitere, genaue klinische und serologische Parallelbeobachtungen von längerer Dauer können aus dem Stadium der wissenschaftlichen Untersuchung in das der praktischen Verwertbarkeit weiterführen.

Rittershaus (Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg): Die Ausführungen Plauts scheinen nicht ganz beweisend zu sein. Er hat nur ca. 70 Fälle gegenüber einer weit größeren Zahl bei anderen Untersuchern. Dieselben Einwände, die man heute gegen Abderhalden-Fauser vorbringt, hat man doch auch gegen die Wassermannsche Reaktion gemacht; auch hier gibt es zweifelhafte Fälle, eine negative und pseudonegative Schwankung, und keineswegs 100% einwandfreie Resultate. Plaut schließt die Unzuverlässigkeit der Methode einmal daraus, daß Dementia praecox-Fälle negativ reagierten; er hatte dabei aber nur Gehirn und Geschlechtsdrüsen eingestellt. Vielleicht hätten bei entsprechender Untersuchung gerade diese Fälle Abbau anderer Organe gezeigt. Ferner reagierten einige Manisch-melancholische und Hysterische positiv auf Gehirn, teilweise auch auf Geschlechtsdrüsen. Nun müssen wir aber doch gerade bei diesen Erkrankungen mehr als sonst mit der Möglichkeit diagnostischer Überraschungen rechnen,



ohne daß man sich deshalb auf den Ursteinschen Standpunkt zu stellen braucht. (Die Bedeutung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion. Von M. Urstein, Wien. klinische Wochenschrift 1913 Nr. 33.) Es kann sich immer noch, auch in den scheinbar klarsten Fällen, eine Dementia praecox entwickeln, oder das Leiden verläuft ausgesprochen chronisch und führt zu einer gewissen Demenz. Solche Fälle, für die Vortragender früher den Namen „perniziöse Manie" bezw. „Melancholie" vorgeschlagen hatte, ergeben auch teilweise den Abbau von Hirnmark und -rinde. Die widersprechenden Befunde Plauts sind vielleicht ein wichtiger diagnostischer Fingerzeig für die Zukunft. (Eigenbericht.)

F. Sioli (Bonn), fand bei 16 Manisch-Depressiven 1 mal Abbau von Gehirn, 1 mal von Keimdrüse, 4 mal von Schilddrüse. Bei 34 Fällen von Dementia praecox fand er 13 mal Abbau von Gehirn, 13 mal von Keimdrüse, 15 mal von Schilddrüse, mehrmals von Leber und Niere; bei 6 Fällen fand sich weder von Gehirn, noch Keimdrüse, noch Schilddrüse Abbau.

Bei 21 Paralytikern fand sich 8 mal positive Serumkontrolle (bei den über 80 Nichtparalytikern fand sich nur 2 mal positive Serumkontrolle), dieser Befund kann wohl nicht auf Versuchsfehlern, sondern muß auf einer Eigenheit des Paralytikerserums beruhen, ein gleicher Befund wird nur von Hussels erwähnt. Im übrigen fand sich bei den Paralytikern 7 mal kein Abbau von Gehirn, oft aber ein Abbau von Keimdrüse, Schilddrüse, Leber, Niere.

Bei Fällen charakteristischer seniler Demenz wäre wohl ein sehr häufiger Abbau von Gehirn zu erwarten; Sioli fand ihn aber bei 13 Fällen nur 5 mal, dagegen vereinzelt den Abbau von Keimdrüse und Schilddrüse.

Diese Befunde zeigen einen unverkennbaren Unterschied von Manisch-Depressiven und anderen Psychosen, wie er auch aus der Literatur immer wieder hervorgeht, mit den Fauserschen Reaktionstypen stimmen die Befunde andrerseits durchaus nicht überein.

Sioli hat weiterhin eine Versuchsreihe, vorzugsweise von senilen Fällen gleichzeitig mit den Gehirnen von Normalen, Katatonikern, Paralytikern, Senilen begonnen: diese zeigt bemerkenswerte Unterschiede, indem die senilen Fälle fast regelmäßig das senile Gehirn, vereinzelt aber nur die andern Gehirne abbauen, Katatoniker- und Paralytikerserum aber nicht das senile Gehirn abbaut.

Vielleicht kann diese sonst ungeprüfte Möglichkeit manche der widersprechenden Angaben der Literatur erklären.

Es ist zu folgern, daß wir noch in einem Stadium der kritischen Vorversuche sind, nicht der klinischen Versuchsreihen. Die unverkennbaren Unterschiede lassen Plauts Verwerfung der Methode als ungerechtfertigt erscheinen.

Siemens betont, daß alle Bestrebungen, welche dahin zielen, das über der Pathogenese der Geistesstörungen noch schwebende Dunkel aufzuhellen, mit Freuden zu begrüßen sind. Wenn auch den neuen Methoden sicher noch Fehler anhaften und vor voreiligen Schlüssen zu warnen ist, so liegt doch keine Veranlassung vor, darüber zu spotten.

Rosenfeld-Straßburg berichtet über 40 Fälle, welche in der Psychiatrischen Klinik nach dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren untersucht waren. Es ergab sich, daß in Fällen von Dementia praecox positive Reaktionen auf Gehirn und Testikel häufiger sind, als bei den anderen, funktionellen psychischen Störungen, namentlich beim manisch-depressiven Irresein. Von 19 Fällen von Dementia praecox reagierten 12 positiv auf Gehirn, 10 positiv auf Testikel. Auch bei echten Epileptikern war die Zahl der Fälle, welche Abwehrfermente gegen Gehirn und Testikel erkennen ließen, hoch. Beachtung verdient vielleicht noch, daß in zwei Fällen von Epilepsie die positive Reaktion auf Gehirn nicht gleich, d. h. am 1. und 2. Tage nach dem Anfall vorhanden war, sondern erst nach etwa 8 bis 10 Tagen. Bei 2 normalen Männern im Alter von 21 bis 40 Jahren wurde in 2 verschiedenen Untersuchungen deutlich positive Reaktion auf Testikel gefunden. (Die Untersuchungen werden später in einer Doktorarbeit zusammengestellt werden.)

In seinem Schlußwort führte Plaut folgendes aus: „Ich habe mit all der Sorgfalt, welche die Angelegenheit verdient, mich bemüht, ein sicheres Urteil über die Brauchbarkeit der Methode zu gewinnen.

Neben 65 von mir selbst untersuchten Fällen verfüge ich, um dies nochmals hervorzuheben, über 17 Fälle, die Dr. Lampé, und über 20 Fälle, die Dr. Fauser ohne Kenntnis der Diagnose für uns untersuchte; das macht reichlich 100 Fälle. Wie ich bereits betont habe, haben zahlenmäßige Angaben deshalb einen nur problematischen Wert, weil man bei Benützung des entsprechenden Organs verschiedener Menschen sehr divergierende Resultate erhalten kann. Jedenfalls ist die Zahl der untersuchten Fälle groß genug, um zu prüfen, ob die positive Reaktion mit Keimdrüsen sich für die



Diagnose der Dementia praecox und die positive Reaktion mit Gehirn sich für die Annahme einer nicht funktionellen Erkrankung des Gehirns verwerten läßt. Ich bin hier absichtlich nur auf diese beiden Fragen eingegangen, und ich kann nach unseren Erfahrungen nicht anders als sie verneinen.

Die Versuche, die von verschiedenen Seiten gemacht worden sind, unsere Fehlresultate auf die Unsicherheit der klinischen Diagnostik zurückzuführen, sind erstaunlich. Denn gerade die Herren, welche die Methode empfehlen und in annähernd 100% positiven Keimdrüsenabbau bei Dementia praecox und in 100% negatives Verhalten bei manisch-depressivem Irresein fanden, haben hierdurch doch gerade der klinischen Diagnostik das glänzendste Zeugnis ausgestellt. Sie haben gezeigt, daß die klinische Diagnostik die Fälle besser sortiert, als wir bis dahin annehmen konnten.

Wenn ich von suggestiven Einflüssen für das Zustandekommen der stimmigen Resultate gesprochen habe, so war das keineswegs scherzhaft gemeint, sondern der Ausdruck meiner wissenschaftlichen Überzeugung. Gerade weil die der Methode zu Grunde liegenden Vorstellungen so ingeniös sind, ist ihre suggestive Wirkungskraft eine sehr hohe. Die Richtigkeit dieser Vorstellung wird nun durch eine Methodik zu stützen versucht, die in weitestem Maße subjektive Deutungen gestattet. Da läßt sich die Wirkung der Autosuggestion nur sehr schwer vermeiden. Ich war selbst eine Zeitlang, während ich mit der Methode arbeitete, sehr nahe daran, ihr zu verfallen.

Da ich mich davon überzeugt habe, daß die Dialysiermethode in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung so eindeutige Resultate, wie sie eine Anzahl von Autoren erhielt, gar nicht zu liefern vermag, sehe ich keine andere Erklärung für ihr Zustandekommen als die gegebene.

Nun hätte man gewiß keinen Anlaß, mit Schärfe dieser Strömung entgegenzutreten, wenn sie sich im Rahmen einer vorsichtig tastenden und zunächst einfach registrierenden Forschung gehalten hätte. Das ist jedoch keineswegs geschehen. Man hat vielmehr bereits die Dialysierresultate bei der Diagnosestellung mitsprechen lassen, und was besonders beunruhigend ist, man hat sie für die Ausführung chirurgischer Eingriffe und sogar für Entscheidungen in foro verwertet.

Die Mehrzahl der Herren und besonders Herr Fauser haben sich heute schon sehr viel vorsichtiger ausgedrückt. Daß manche jedoch bisher weniger vorsichtig waren, geht aus ihren Publikationen mit aller Deutlichkeit hervor.

Daß die Forschungsrichtung, die Abderhalden eingeleitet hat, in ihrer unbestreitbaren Genialität noch einmal etwas für die psychiatrische Diagnostik Wertvolles zu bringen vermag, soll keineswegs bestritten werden. Das gegenwärtig Erreichte kann ich jedoch nicht als wertvoll anerkennen.

Die nahe Zukunft wird lehren, ob die Bejaher oder die Verneiner Recht behalten. Niemand würde sich mehr freuen als ich, wenn die Bejaher trotz allem Recht behielten, aber ich glaube nicht daran."

Kafka äußerte sich zum Schluß wie folgt: Ihn könne Plauts Vorwurf nicht treffen, da sich, wie aus seiner Zusammenstellung ersichtlich war, doch genug Unstimmigkeiten ergaben, da ferner der Serologe bei einem großen Teil der Fälle die Diagnose vorher gar nicht erfuhr, und er die Reaktionen fast immer den Herren zeigte, die ihm das Blut geschickt hatten, und auch besondere Versuche in ärztlichen Versammlungen demonstrierte. Kafka möchte vor allem hervorheben, daß sich nur aus der Zusammenfassung eines großen Materials, dem die Fehler einzelner Fälle nicht mehr so anhaften, die naturwissenschaftliche Bedeutung der Methode ergibt und sich dann zeigt, daß wir einzelnes schon als sicher annehmen können und daß hinter der Methode etwas steckt. Ganz besonders unterstützt uns da der Tierversuch, mit dessen Hilfe es gelingt eine ganz neue Abwehrmaßregel des tierischen Organismus, die Bildung organspezifischer Abwehrfermente zu studieren und der uns Fingerzeige gibt, solche Bedingungen auch für das Krankenserum herzustellen. Daß wir auf diesem Wege sind, daß uns hier die Urinkontrolle gute Dienste leistet, das Herabgehen mit der Serummenge, Vordialyse und vieles andere nun versucht werden muß, habe Kafka in seinem Vortrage hervorgehoben. Es hat ihn auch ganz besonders befriedigt, daß Hauptmann Stephans Ergebnisse bestätigen kann, denn hierdurch würde sich die Möglichkeit auch am Krankenbette mit dem Serum sicherer zu arbeiten ergeben, ganz abgesehen von dem großen theoretischen Wert dieser Feststellungen. Es wäre nochmals darauf hinzuweisen, daß temporärer Abbau eines Organes vorkommen kann und daher mehrmalige Untersuchung nötig ist; auch aus diesem Grunde ist der Urinversuch wertvoll.

Hauptmann sei in einem Punkte noch berichtigt: Kafka konnte die Familie eines Dementia-praecox-Kranken untersuchen; der Patient selbst bot bei mehrmaliger Untersuchung Abbau von Gehirnrinde, Gehirnmark und Hoden, Vater, Bruder und eine Schwester zeigten ganz negativen Befund, während die andere Schwester im Serum Abbau von Gehirnmark erkennen ließ. Als wir später erfuhren, daß gerade diese Schwester sehr nervös ist, mußte das doch registriert werden,



vielleicht hat sie Anwartschaft auf Dementia praecox.

* * *

Aus äußeren Gründen mußte der Bericht auf die engsten Grenzen der Psychiatrie beschränkt werden. Um aber zum Schluß doch etwas darüber hinaus zu weisen, sei wenigstens der Feststellungen Lampés[24]) gedacht, soweit sie verwandte Gebiete betreffen.

An einem Gesamtmaterial von über 60 Fällen von Schilddrüsenerkrankungen, die nach Abderhalden untersucht sind, kam Lampé zu folgendem Resultat:

Das Serum Basedowkranker baut immer, dasjenige Basedowoidkranker meist, Basedowschilddrüse, in verschwindend wenig Fällen auch normale Schilddrüse ab; in der größten Mehrzahl der Fälle auch Thymus und Keimdrüse.

[24]) Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. I. Mitteilung: Untersuchungen bei Gesunden. Von Arno E. Lampé und Lavinia Papazolu. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 26. II. Mitteilung: Untersuchungen bei Morbus Basedowii, Nephritis und Diabetes mellitus. Von denselben. Ebenda Nr. 28. III. Mitteilung: Weitere Untersuchungen bei Schilddrüsenerkrankungen: Morbus Basedowii, Basedowoid, Myxödem, endemische Struma. Von A. E. Lampé und Rob. Fuchs. Ebenda Nr. 38 und 39. IV. Mitteilung. Von A. E. Lampé. Ebenda 1914 Nr. 9. Die Untersuchungen entstammen teils dem physiologischen Institut in Halle a. S. und dem in Bukarest, teils aus der I. medizinischen Klinik in München.

Das Serum Myxödematöser, desgleichen das von endemischer Struma, baut Schilddrüse ab.

Lampé spricht sich auf Grund der Erfahrung an vielen Hunderten von Fällen für eine absolute Spezifizität der Abwehrfermente aus, und zwar Organspezifität. Eine Artspezifität der Abwehrfermente besteht nicht. Dies entspricht ungefähr dem biologischen Gesetz Abderhaldens.

Nach Abderhalden[25]) besitzen nämlich innerhalb der ganzen Tierreihe die gleichartigen, mit gleichen Aufgaben ausgestatteten Organe auch einzelne Eiweißstoffe, die sich ähnlich sind. Das schließt nicht aus, daß das einzelne Organ streng artspezifisch ist; denn es braucht in den sonst vollständig verschiedenen Zellen nur ein einzelnes Protein gleichartig zu sein; es genügt auch schon eine immer wiederkehrende Gruppierung bestimmter Aminosäuren. Wie ja ein Ton verschieden ist nach dem Instrument, von dem er gespielt wird.

An dem Aufbau der Zellen sind besonders die Eiweißstoffe, und zwar die Aminosäuren, beteiligt. Bis jetzt kennt man etwa zwanzig verschiedene Aminosäuren. Aus diesen allein ergeben sich, wie Abderhalden berechnet, 2 432 902 008 176 640 000 struktur-isomere Verbindungen, die sich ausschließlich durch die Art, wie die einzelnen Bausteine sich folgen, unterscheiden! Die Natur kann also eine ungeheuer große Zahl von Zellen mit spezifisch gebauten Bestandteilen ausstatten.

[25]) Gedanken über den spezifischen Bau der Zellen und der einzelnen Organe und ein neues biologisches Gesetz. Von Abderhalden. Münch. med. Wochenschrift Nr. 43 vom 28. Oktober 1913.

Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dozent Dr. **Josef Berze,** Direktor der n.-ö. Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg.

Bekanntlich wird die Psychiatrie bezw. die Psychopathologie erst seit relativ kurzer Zeit als eine rein medizinische Wissenschaft angesehen. Bevor es dazu kam, hielten sich die Philosophen auf diesem Gebiete für kompetent. Und Kant konnte noch 1800, ohne auf sonderlichen Widerstand zu stoßen, in seiner Anthropologie allen Ernstes dezidiert fordern, daß Gutachten über abnorme und krankhafte Geisteszustände in foro nicht von der medizinischen, sondern von der philosophischen Fakultät zu erstatten seien. Tatsächlich war das, was in diesen Zeiten der Psychiatrie den Charakter einer Wissenschaft verlieh, einzig und allein die psychologische Betrachtung und Analyse; denn von einer Klinik der Geistesstörungen war, von einigen ganz bescheidenen Ansätzen abgesehen, noch nicht die Rede.

Aber auch als sich die Ärzte zu Beginn des 19. Jahrhunderts allmählich den Philosophen gegenüber durchzusetzen wußten, änderte sich die Situ-



ation keineswegs mit einem Schlage; im Gegenteile vermochte sich die Psychiatrie auch dann noch lange nicht von den Banden, in die sie die Philosophie gelegt hatte, vom „Gängelbande der Philosophie und der psychologischen Theorie", wie ein Historiker der Medizin richtig sagt, zu befreien.

Doch nahm die Entwicklung der Psychiatrie im Sinne der von den „Somatikern" unter den Psychiatern angegebenen Richtung immerhin ihren Fortgang und schließlich kam es dazu, daß man in das andere Extrem verfiel: die „Psychiker" wurden ganz zurückgedrängt, die „Somatiker" beherrschten völlig das Terrain. Der große Aufschwung der Hirnanatomie und Physiologie und besonders die Fortschritte, die sich an die Namen Meynert und Wernicke knüpfen, riefen in vielen Psychiatern übertriebene Hoffnungen wach. Man träumte schon von einem Aufgehen der Psychiatrie in einer erweiterten Hirnpathologie, träumte von den wohldifferenzierten „anatomischen Systemerkrankungen", die an Stelle der „Erkrankungen der psychologischen Systeme", wie man sich ausdrückte, treten sollten; der psychologischen Theorie aber glaubte man hinfort völlig entraten zu können.

Bald zeigte es sich jedoch, daß diese Entwicklung einer wohl noch recht fernen Zukunft vorbehalten sein dürfte. Obwohl das ganze Rüstzeug der neuen Medizin auch auf die Psychiatrie angewendet wurde, sah man sich doch wieder gezwungen, in vielen Fragen auch an die psychologische Theorie zu appellieren. Namentlich in den letzten zwei Dezennien mehrten sich denn auch wieder die psychiatrischen Arbeiten theoretisch-psychologischen Inhaltes. Und in der allerletzten Zeit haben wir es erlebt — „ein historisch bedeutsames Faktum", wie Jaspers vor kurzem mit Recht gesagt hat —, daß in einem Handbuche der Psychiatrie eine „psychologische" Einleitung erscheinen konnte, bekanntlich aus der Feder Isserlins, nach dessen eigenen Worten die Psychologie in der Psychiatrie nicht etwa nur als diagnostisch-technisches Hilfsmittel angesehen werden darf, sondern geradezu als eine „Grundwissenschaft, deren Tragweite soweit reicht, als seelische Erscheinungen in der Psychiatrie zur Diskussion stehen".

Beginnt sich so das psychologische Gewissen der Psychiater immer vernehmlicher zu regen, so kann aber doch andererseits von einer allgemeinen Anerkennung der Psychologie als eine von den Grundwissenschaften der Psychiatrie noch lange nicht die Rede sein. Wer es mitangesehen hat, wie bei psychiatrischen Kongressen und Vereinssitzungen dieselben Psychiater, die eben eine Reihe von mehr oder weniger inhaltsvollen somatologischen, z. B. hirnanatomischen, Vorträgen mit dem größten Interesse angehört haben, und etwa auch noch zuguterletzt einen Vortrag über die Zytoarchitektonik des Gehirnes irgendeines Vogels, sagen wir der Meise — ich bestreite wohlgemerkt durchaus nicht, daß sich der Psychiater auch für das Gehirn der Meise interessieren kann! — in aller Geduld über sich ergehen ließen, in hellen Haufen geradezu die Flucht ergreifen, wenn ein Unglückseliger mit der Einleitung zu einem psychologischen Thema anhebt, wird mir, glaube ich, recht geben.

Die Gründe für diese ablehnende Haltung, man muß sagen, der großen Mehrheit der Psychiater gegenüber der psychologischen Forschungsarbeit liegen zum Großteil auf der Hand. Vor allem war das Ergebnis der Forschung in jener Zeit, da unsere Wissenschaft in den Armen der Philosophie lag, kein erfreuliches. Niemand, der es ernst meint mit der Psychiatrie, sehnt sich nach der trostlosen Zeit zurück, da ein Wald von Theoremen und wissentlichen Dogmen den Ausblick auf die Tatsachen unmöglich machte, da die Auffassung der Erscheinungen des gestörten Geisteslebens durch pseudoempirisch begründete Spekulationen getrübt wurde. Da nun aber viele in dem Aufschwunge der Psychologie in der Psychiatrie nichts anderes als ein Anzeichen einer Renaissance der alten Philosophen-Psychiatrie erblicken zu müssen glauben, ist es leicht erklärlich, daß sie von der Psychologie nichts wissen wollen. Zweitens ist gerade in der letzten Zeit die Psychologie bei vielen nüchtern denkenden Psychiatern dadurch, wenn auch ganz unbegründetermaßen, in Mißkredit gekommen, daß es eine angebliche, eine Pseudo-Wissenschaft, deren Vertreter durch ihre unwissenschaftliche Art zur allerschärfsten Kritik geradezu herausfordern, gewagt hat, im Kleide der Psychologie aufzutreten.

Es ist aber klar, daß diese Gründe nicht als triftig angesehen werden können. Die Angst vor einem Rückfalle in die Philosophen-Psychiatrie gilt nicht, weil die psychologische Theorie und die Psychologie überhaupt im Rahmen der heutigen Psychiatrie einen ganz anderen Sinn hat, von ganz anderen Prinzipien ausgeht, ganz andere Ziele verfolgt und mit ganz anderen Mitteln arbeitet, als in der Ära vor Entwicklung der psychiatrischen Klinik. Während die Psychiatrie früher gewissermaßen als eine Tochterdisziplin der Psychologie betrachtet und behandelt wurde, sich daher den von der Psychologie anerkannten Dogmen adaptieren mußte, geht jetzt die Fragestellung für die psychologische Theo-



rie von der psychiatrischen Klinik aus, bilden die anschaulichen Tatsachen, bildet die Symptomatologie bezw. Phänomenologie der Geistesstörung ihre Grundlage, steht die psychologische Theorie in steter Fühlung mit den Ergebnissen der klinischen Forschung und erfährt sie eine stetige Korrektur mit der immer mehr ins Detail gehenden Konstatierung und Deskription der Symptomenbilder. Was aber die Disgustierung der Psychiater durch die Freudsche „Metapsychologie" betrifft, muß gesagt werden, daß diese Pseudo-Psychologie, die in vielen von ihren Ergebnissen wohl kaum ernst zu nehmen ist, sich das Recht, als Psychologie wie überhaupt als Wissenschaft zu gelten, eben nur usurpiert hat.

Auch mit allen anderen Gründen für die Ablehnung der Psychologie, auf die im Rahmen dieses Vortrages nicht einzeln eingegangen werden kann, steht es nicht viel anders, und man wird mir vielleicht zustimmen, wenn ich sage, daß alle Gründe, die vorgebracht zu werden pflegen, miteinander nicht sonderlich ins Gewicht fallen würden, wenn nicht beim Psychiater als Mediziner im allgemeinen schon von vornherein eine gewisse Abneigung gegen ein eingehendes Studium der Psychologie bestünde und damit schon die Grundstimmung für ihre Ablehnung gegeben wäre.

Und noch dazu ist dem Psychiater mit dem Studium der Psychologie in der Art der einfachen Aneignung der bisherigen Ergebnisse der psychologischen Forschuug nicht einmal gedient, sondern der Psychiater sieht sich gezwungen, sich für seine besonderen Zwecke, sofern er über die nackte Phänomenologie hinausgehen will, erst eine eigene Psychologie aufzubauen, also auf dem Gebiete der Psychologie nicht nur rezeptiv, sondern auch produktiv tätig zu sein! Produktivität auf dem Gebiete der Psychologie ist aber begreiflicher Weise nicht jedes Mediziners und auch nicht jedes Psychiaters Sache.

Alle Gegentendenzen und alle Schwierigkeiten wird aber dennoch überwinden oder doch zu überwinden bestrebt sein, wer sich ein richtiges Bild von der Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie gemacht hat. Er wird die Beschäftigung mit der Psychologie nicht, wie es so viele Psychiater heute noch tun, als Zeitvergeudung betrachten, die um so mehr zu perhorreszieren sei, als andere Methoden, vor allem die rein klinische, unterstützt einerseits durch die Ergebnisse der Hirn-Anatomie und -Physiologie bezw. -Pathologie, andererseits durch die allgemeine Somato-Physiologie und -Pathologie, weit sicherere Erfolge versprächen.

Worin besteht denn nun die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie? Es ist schwer auf diese Frage eine erschöpfende Antwort zu geben. Um der Gefahr, wichtige Gesichtspunkte zu übersehen, nach Möglichkeit zu entgehen, werden wir gut tun, die Psychologie zunächst in ihrer Bedeutung als Grundwissenschaft, dann als Hilfswissenschaft der Psychiatrie zu betrachten.

Grundwissenschaft der Psychiatrie ist die Psychologie, um wieder mit Isserlin zu reden, überall dort, wo „seelische Erscheinungen in der Psychiatrie zur Diskussion stehen". Zunächst also, wo es sich um die Herauslösung bestimmter Phänomene aus der Gesamtheit des psychisch Erlebten und um die möglichst genaue Erfassung und Beschreibung dieser eben zu diesem Zwecke herausgehobenen Phänomene, wo es sich also um die psychische Phänomenologie handelt. Dann, wo das Erfassen des Zusammenhanges der Phänomene, das Erfassen und Verstehen des „Auseinanderhervorgehens" (Jaspers), der psychischen Erlebnisse in Betracht kommt. Drittens, wo es auf die rein psychologische Erfassung des Pathologischen an den Phänomenen und Zusammenhängen, bezw. auf die Art und den Grad ihrer Abweichung von den unter normalen Bedingungen konstatierten Verhältnissen, abgesehen ist.

Man sieht also, daß das Gebiet der Psychologie als Grundwissenschaft der Psychiatrie ein sehr weites ist, so weit, daß es nicht zu wundern ist, daß mancher Psychiater, der sich einmal ernstlich auf diesem Gebiete orientiert hat, seine ganze Lebensaufgabe darin erblicken kann, es zu bebauen, d. h. immer nur danach zu trachten, zum Ausbau der Psychologie als Grundwissenschaft der Psychiatrie bezw. der Pathopsychologie beizutragen.

Dabei ist dieses Gebiet trotz seiner großen Ausdehnung relativ leicht überblickbar. Nicht so dagegen das Gebiet der Psychologie als Hilfswissenschaft, als Hilfsmittel der Psychiatrie!

Wie jede andere Wissenschaft befaßt sich auch die Psychiatrie, abgesehen von der nosologischen Systematik, im besonderen Kapitel mit der Ätiologie, der Symptomatologie, der Pathogenese und soweit möglich der pathologischen Anatomie, der Diagnose und der Prognose der in ihr Gebiet gehörigen Krankheiten. Und auf jedem dieser Teilgebiete läßt sich die wichtige Bedeutung der Psychologie als Hilfswissenschaft der Psychiatrie aufzeigen.

Was zunächst die Systematik, die Klassi-

fikation der Psychosen betrifft, so ist es ja bekannt, daß in der Psychiatrie eine ganze Reihe von Einteilungsprinzipien zum Zwecke der Zusammenfassung bestimmter Krankheitsgruppen nebeneinander in Anwendung kommen, zunächst das gewöhnlich am höchsten gewertete pathologisch-anatomische, und zwar dort, wo der Nachweis eines konstanten charakteristischen pathologisch-anatomischen Befundes bereits gelungen ist, dann das schon etwas weniger im Ansehen stehende ätiologische, wo der Nachweis einer einheitlichen Ätiologie erbracht ist, endlich das im Grunde nur mangels eines besseren anerkannte symptomatologische, wo eine in den wesentlichen Zügen einheitliche psychische Symptomatik vorliegt. Die Anwendbarkeit dieses letzteren Prinzips ist nun im Grunde stets an die Bedingung einer gründlichen psychologischen Durcharbeitung der psychischen Symptome und ihre Zusammenhänge geknüpft; denn ob die Züge, in welchen die Krankheitsbilder, deren Zusammenfassung zu einer Gruppe in Frage kommt, übereinstimmen, eben von wesentlicher Bedeutung sind oder nicht, kann nur auf Grund des Ergebnisses dieser psychologischen Arbeit konstatiert werden. Von der größten Bedeutung ist dabei die Eruierung der psychischen Grundstörung, der „psychotischen Wurzel", der betreffenden Psychosen, d. h. der Störung, aus welcher sich die Gesamtheit der psychischen Symptome ableiten läßt. So z. B. vermögen eingehende psychologische Untersuchungen m. E. zu zeigen, daß die Psychosen, die man gegenwärtig als Dementia praecox zusammenzufassen pflegt, vom symptomatologischen Gesichtspunkte betrachtet, mit noch anderen Psychosen zu einer großen Gruppe gehören, welche durch das Band der gleichen Grundstörung zusammengehalten wird, der Grundstörung, welche sich, kurz gesagt, als primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität, also als ein primärer Defekt der intentionalen Sphäre, darstellt.

Gehen wir zum Kapitel Ätiologie über, so stoßen wir auf neue interessante und wichtige Aufgaben der Psychologie. Es handelt sich selbstverständlich zunächst um die allgemeine Frage, ob und in welcher Weise gewisse psychische Erlebnisse als Krankheitserreger, als psychische Traumen, wie man zu sagen pflegt, zu wirken imstande sind. Man sucht die ätiologische Bedeutung eines psychischen Traumas gewöhnlich im Sinne des einfühlenden Verstehens des Zusammenhanges der Symptome der betreffenden „psychogenen" Psychose mit dem objektiven Inhalte des als psychisches Trauma wirkenden Erlebnisses zu erfassen. Es kann dieser Art, die Dinge zu sehen, vielleicht für einzelne Fälle eine gewisse Berechtigung zugesprochen werden; immerhin aber ist auch angesichts dieser spärlichen Fälle schon zu bedenken, daß man sich fast immer gezwungen sieht, auch die vielberufene „Disposition" mit in Rechnung zu ziehen, einen Faktor also, der jedenfalls als etwas (zum „wirklich erfahrenen Seelenleben") „Hinzugedachtes", als etwas „Außerbewußtes" (Jaspers) in der Kette der erlebbaren psychischen Zusammenhänge keinen Platz hat. Weiter aber wird in Anbetracht der freilich noch viel zu wenig erkannten, aber zweifellos bestehenden mannigfaltigen Wechselbeziehungen zwischen Seelischem und Körperlichem zugegeben werden müssen, daß ein psychisches Trauma auch durch Vermittlung irgendeiner, als seine nächste Wirkung einsetzenden körperlichen Störung, also wieder durch Vermittlung eines „Außerbewußten", zum Erreger der betreffenden Psychose werden kann. Als Jung gelegentlich die Ansicht äußerte, daß der Affekt unter Umständen zur Bildung von Toxinen führen könne, begegnete er wohl bei den meisten Psychiatern einem mißbilligenden Schütteln des Kopfes. Und doch hat er damit nichts anderes zum Ausdrucke gebracht, als was das Volk meint, wenn es statt Ärger „Gift und Galle" setzt, wenn es von einem Zornigen sagt: er „giftet" sich usw. Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die mit den Unlust-Affekten, wie Zorn, Ärger, Kummer, verbundenen körperlichen „Begleiterscheinungen" auch mit Veränderungen im Gebiete der inneren Sekretion einhergehen oder doch bei längerer Dauer zu solchen führen, die u. a. eine Schädigung des psychozerebralen Apparates nach sich ziehen, eine Schädigung also, die jenes „Außerbewußte" abzugeben geeignet wäre, das uns die pathogene Wirkung des betreffenden psychischen Traumas erst „erklären" würde. Die Aufgabe der Psychologie auf dem Gebiete der Ätiologie der Psychosen besteht also vor allem darin zu zeigen, inwieweit die Symptome der sog. psychogenen Psychosen als aus der Wirkung des psychischen Traumas auf Grund der auch im normalen Seelenleben erkennbaren Zusammenhänge hervorgegangen zu betrachten seien, inwieweit andererseits ein Außerbewußtes zu ihrer Erklärung herangezogen werden muß; und im Grunde genommen wird man, wenn man von der Grundanschauung ausgeht, daß alle Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, d. h. also daß wir nur dann von Geisteskrankheit zu sprechen berechtigt seien, wenn wir Grund zur Annahme einer die konstatierten psychischen Symptome bedingenden krankhaften

Affektion des Gehirns haben, auch zugeben müssen, daß wir uns erst auf Grund dieser nur durch psychologische Arbeit erzielbaren Herausstellung von Symptomen, die nur durch die Annahme eines Außerbewußten, d. i. eines Körperlichen, von pathologischer Natur erklärt werden und eben nicht schon nach Analogie der auch unter normalen Verhältnissen erlebbaren Zusammenhänge verstanden werden können, von einer psychogenen Geisteskrankheit zu sprechen berechtigt halten dürfen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts betr. Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker.** Entsch. des I. Sen. vom 29. September 1913, I A. 135, 11. Das OVG. hat bereits in Entsch. Bd. 51 S. 223 und unter eingehender rechtsgeschichtlicher Begründung in dem Urteil vom 13. Dezember 1912 — I A 154, 11, Entsch. Bd. 65 S. 248 — ausgesprochen, daß die Ortspolizeibehörde auf Grund des § 10, II. 17 ALR. zuständig ist, die dauernde Unterbringung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt anzuordnen, wenn sich der Geisteskranke vermöge seiner Krankheit oder unter ihrem Einfluß für sich oder andere oder für die öffentliche Sicherheit, Ruhe und Ordnung als gefährlich erweist, und daß demgemäß die Anordnung der Unterbringung in die Anstalt, welche bei alsbaldiger, im Wege unmittelbaren Zwanges (132 Nr. 3 LVG.) erfolgter Überführung in dieser Zwangsmaßregel mit enthalten ist, wie auch die Ablehnung der Einwilligung in die Entlassung sich als eine mit den Rechtsmitteln der §§ 127 ff. LVG. anfechtbare polizeiliche Verfügung darstellt. Im letzteren Falle ist im Beschwerde- und Streitverfahren darüber zu befinden, ob nach der Sachlage, wie sie zur Zeit der Verfügung der Polizeibehörde bestand, die fernere Zurückhaltung des Geisteskranken in der Anstalt aus polizeilichen Gründen gerechtfertigt ist. Der für die Irrenanstalt zuständigen Provinzialverwaltung steht eine selbständige, maßgebliche Entscheidung hierüber nicht zu. Der in Entsch. d. OVG. Bd. 51 S. 221, 227 zum Ausdruck gekommene abweichende Standpunkt ist vom OVG. aufgegeben worden. Es ist nicht durchgreifend, daß in den Reglements, welche in den einzelnen Provinzen für die in Verfolg der Dotations-Gesetzgebung errichteten öffentlichen Irrenanstalten erlassen worden sind, die Frage, wem die Entscheidung über die Entlassung eines auf Anordnung der Polizei untergebrachten gemeingefährlichen Geisteskranken gebührt, in verschiedener Weise geregelt ist, indem teils eine Mitwirkung der Polizei überhaupt nicht vorgesehen, teils der Anstaltsleitung oder Provinzialverwaltung die Befugnis vorbehalten ist, die Entlassung von der Polizei abhängig zu machen, teils die Entlassung allgemein von solcher Zustimmung abhängig gemacht worden ist. Die Stellung, welche der Polizei bei der Entscheidung über die Entlassung des gemeingefährlichen Geisteskranken zukommt, bestimmt sich weder nach diesen Reglement noch nach sonstigen Verwaltungsanordnungen (vergl. Min.-Erl. vom 15. Juni 1901, Min.-Bl. f. d. i. V. S. 197; vom 16. Dezember 1901, das. 1902 S. 18; und vom 20. Mai 1904, Min.-Bl. f. Med.-A. S. 247), sondern allein nach der Zuständigkeit, welche für die Polizei vermöge ihrer gesetzlichen Aufgabe auf dem Gebiete des Irrenwesens besteht. Da aber die Polizei berufen ist, die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in eine Anstalt anzuordnen, und sie ferner befugt ist, dies mit verbindlicher Wirkung für diejenigen Kommunalverbände zu tun, welchen die Fürsorge für das Unterkommen solcher Kranken in Anstalten obliegt (Entsch. d. OVG. Bd. 47 S. 6; Bd. 54 S. 154; Bd. 62 S. 85), so steht allein ihr auch die Entscheidung darüber zu, ob das von ihr wahrzunehmende polizeiliche Interesse die weitere Festhaltung in der Anstalt erfordert oder nicht. Ohne ihre Genehmigung darf deshalb die Entlassung nicht erfolgen.

Referate.

— Kastan, Dr. Max: Der Adrenalingehalt des Blutes bei einigen Psychosen. (Aus der psychiatr. Klinik und dem physiolog. Institut zu Rostock.) Sonder-Abdruck a. d. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 50.

Verf. untersuchte 17 Imbezille und Idioten, sowie 4 an verschiedenen Altersstörungen leidende Patienten auf den Adrenalingehalt ihres Blutplasmas; er fand diesen bei 11 Kranken der 1. Gruppe wesentlich verringert. Bei den übrigen 6 dieser Untersuchungsreihe war er nur mäßig geringer oder der Norm gleich. Die 4 Altersstörungen zeigten hinsichtlich zweier an Dementia senilis Erkrankten normale Adrenalinverhältnisse; bei Fall 3 und 4 (präsenile Demenz und Presbyophrenie) erweiterten sich die Gefäße bei den diesbezüglichen Versuchen sogar. Da an eine Überproduktion von Adrenalin nicht gedacht werden konnte, nahm der Verf. für diese Fälle eine andere, im Körper kreisende, gefäßerweiternde Substanz an, die vielleicht ebenfalls einer Drüse mit innerlicher Sekretion entstammte. Da ferner bei den Fällen von Imbezillität und Idiotie mit gering oder gar nicht abweichendem Adrenalingehalt des Blutplasmas ätiologisch für die Entstehung der Krankheit exogene Momente in Betracht kamen, schloß Verf., daß bei solchen, die durch eine fehlerhafte primäre Defektanlage entstehen, Nebennieren und Gehirn in der intrauterinen Anlage gleich geschädigt wurden, so daß es also möglich sei, durch Bestimmung der Adrenalinverhältnisse den Nachweis zu erbringen, eine Idiotie oder Imbezillität sei erworben oder in der 1. Anlage präformiert. Wenn weiter die Adrenalinwerte bei Morbus



Basedowi erhöht seien, besteht sicher auch eine Beziehung zwischen Nebennieren und Schilddrüse; es würden sich also auch pathologische Adrenalinquantitäten bei den thyreogenen Psychosen nachweisen lassen, wie ja auch eine Reihe Idioten Hypertrophien der Schilddrüse hätten; gelegentlich scheine auch die Hypophyse vikariierend für das Defizit an Adrenalin einzutreten. Ebenso dürften Adrenalinbestimmungen bei zurzeit noch zur großen Gruppe der Dementia praecox gerechneten Patienten und bei Epileptikern lohnend sein; dann wäre es vielleicht möglich noch Sonderungen in diesen Krankheitseinheiten eintreten zu lassen.

Heinicke - Großschweidnitz.

Therapeutisches.

— **Untersuchungen über Eusitin, ein neues Mittel zur Bekämpfung des Hungergefühls bei Behandlung der Fettsucht.** Von Regierungsrat Dr. Markl. (Aus dem staatlichen Laboratorium für medizinische Diagnostik in Triest.)

Dieses neue Präparat der Firma Goedecke & Co. Berlin, das Eusitin, aus den Schleimstoffen einer Malvazeenpflanze (Althaea ros. syr.) hergestellt, übt auf Schleimhäute eine schwache, aber deutliche anästhesierende Wirkung aus durch das in der Hauptsache in dem Pflanzenextrakt vorhandene ätherische Öl; es ist, wie Verfasser resumiert, ein vollkommen unschädliches Präparat, welches die Empfindlichkeit der Schleimhäute für Reize herabsetzt und infolge dieser Wirkung zur Milderung des Hungergefühls bei Entfettungskuren Beachtung verdient. Durch Verfütterung der Pastillen an Tiere (Ratten, Meerschweinchen und Katzen) wurde festgestellt, daß sie vollkommen ungiftig sind; die Tiere, obwohl wochenlang mit 2—4 Pastillen täglich gefüttert, zeigten nicht die geringsten Krankheitserscheinungen. Auch die Stoffwechselversuche ließen keine nachteiligen Wirkungen auf den Stoffwechsel erkennen.

— **Tuberkulosebehandlung mit Neohexal und mit Lippspringer Ozonlaugebadesalz.** Von Dr. B. Rohden, Essen und Lippspringe, (Med. Klinik 1914, S. 977).

R. beobachtete bei einem Patienten mit Lungentuberkulose, Nieren- und Blasenbeschwerden, nach Darreichung von Neohexal (J. D. Riedel, Berlin-Britz) nicht nur ein Verschwinden der Tuberkelbazillen im Urin, sondern auch eine beginnende Latenz der Lungensymptome. Die Hexaltherapie wurde mit einer intensiven Balneotherapie — mit Lippspringer Ozonlauge-Badesalz (Firma Pharmaco [Bad Lippspringe]) — kombiniert und hierbei eine sichere und schnelle, diuretisch-sedative Wirkung des Neohexals beobachtet. Das Verfahren, welches Rohden als kombinierte Ozonlauge-Neohexal-Therapie bezeichnet, wurde darauf an bereits 220 tuberkulösen Patienten angewendet. Die umstimmende Wirkung dieser Therapie auf den Organismus und dessen Metamorphosierung in dem Sinne, den Tuberkelbazillen einen weniger günstigen Nährboden zu verschaffen und die Toxine rascher durch die Drüsen auszuscheiden, lassen die günstigen Erfolge selbst bei vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose erklärlich erscheinen.

— Über **Pantopon** enthält der Jahresbericht der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu zu Bamberg pro 1911, 1912 und 1913 (Direktor Dr. Bott) die Mitteilung, daß in ihm nach systematischem Durchprobieren ein Medikament gefunden wurde, „das namentlich bei ängstlichen Erregungszuständen gut wirkt und dem Patienten für Stunden und halbe Tage die quälende Angst benimmt. Sehr zweckmäßig ist, daß das Mittel auch in zugeschmolzenen sterilen Phiolen für subkutane Injektion in den Handel kommt; so kann es auch einem widerstrebenden Patienten ohne Schwierigkeit beigebracht werden."

Bei der nach Dauerbädern auftretenden Furunkelbildung ergab nach demselben Bericht die systematische Behandlung der Haut mit **Afridolseife** erfreuliche Resultate auch hinsichtlich Verhütung dieser Hautkrankheit. Auch der innerliche Gebrauch von gewöhnlicher **Bierhefe** erwies sich nach demselben Bericht dabei als ein sehr gutes Heil- und Vorbeugungsmittel.

Als Zusatz zu Nährklistieren wird **Sanatogen** rühmend hervorgehoben.

Zum Zwecke der Krankenbehandlung mittels Elektrizität wurde ein transportabler Universalapparat **„Universo"** angeschafft, der an die Lichtleitung angeschlossen werden kann; er ermöglicht die Anwendung der Elektrizität in Form des faradischen, des galvanischen, des sinusoidal-faradischen Stromes und des pulsierenden Gleichstromes, außerdem kann auch die Vibrationsmassage betätigt werden. —

Für das jüngere Pflegepersonal wurde ein Lehrkurs in Kranken- und Irrenpflege abgehalten. Außerdem wurde der preisgekrönte „Leitfaden für Irrenpflege" von Dr. Scholz in 25 Exemplaren angeschafft und unter das Pflegepersonal verteilt.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Schlesien.** Assistenzarzt Johannes Gericke ist durch Beschluß des Prov.-Ausschusses vom 9. Juni 1914 als Assistenzarzt bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Tost vom 20. Mai 1914 ab angestellt. — Assistenzarzt Dr. Richard Pipenberg desgl. bei der Anstalt Freiburg vom 15. Mai 1914 ab — Assistenzarzt Dr. Max Schneider desgl. bei der Anstalt Rybnik vom 1. Mai 1914 ab. — Ernst Gruner desgl. bei der Anstalt Lublinitz vom 11. Mai 1914 ab.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

— **Meggendorfer-Blätter, München,** Farbig illustrierte Zeitschrift für Humor und Kunst. Die graue Regenperiode, die uns jetzt alljährlich beehrt, scheint für 1914 überwunden zu sein, und die Wetterpropheten verkünden mit Zuversicht, daß uns eine lange Reihe von schönen Tagen bevorstünde. Wir wollen hoffen, daß die Herrschaften recht behalten und die Ferien 1914 nicht ebenso zu Wasser werden, wie es die von 1913 größten Teils geworden sind.

Man wird, da die Reisezeit beginnt, sich auch jetzt nach der Lektüre für die Ferientage umtun müssen. Wir wollen unsere Leser bei dieser Gelegenheit nachdrücklich auf die Meggendorfer-Blätter hinweisen, die wie vielleicht kein anderes, deutsches Witzblatt gerade zur Ferienlektüre in ganz besonderer Weise geeignet sind, weil sie niemals verletzen oder Anstoß erregen. Die Meggendorfer-Blätter bringen, wohin sie auch kommen, frohes Behagen und gute Laune ins Haus. Wer die Zeitschrift noch nicht kennt, der tut gut, sich durch Beschaffung eines Probebandes (der für 50 Pf. bei den Buchhandlungen und den Zeitungshändlern zu haben ist, für 60 Pf. inkl. Porto auch direkt vom Verlag in München, Perusastraße 5) von der Vortrefflichkeit der Zeitschrift zu überzeugen. Sie kostet im Quartal ohne Porto M 3,—.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 16. 18. Juli **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Der jetzige Stand der Pellagrafrage mit besonderer Berücksichtigung der pellagrösen Psychosen.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dr. **Ruggero v. Franzoni**, Görz.

In einer der wenigen Anstalten Österreichs angestellt, wo die Pellagra nicht nur ein rein theoretisches Interesse erregt, bin ich mit Vergnügen dem Wunsche nachgekommen, über die Erscheinungen dieser Krankheit, besonders auf psychischem Gebiete, zu referieren.

Was die Ätiologie anlangt, glauben noch heute die meisten Autoren, gleich denjenigen, die die Krankheit zuerst beschrieben haben, an einen Zusammenhang zwischen Pellagra und Maisernährung. Worin aber die schädliche Einwirkung des Maises auf den Organismus bestehe, darüber gehen die Meinungen auseinander; die einen behaupten, daß das im Mais enthaltene Albumin vom Menschen nicht genügend ausgenützt werden könne, daß infolgedessen die ausschließliche oder fast ausschließliche Maisernährung insuffizient sei und eine Art chronischen Inanitionszustandes hervorrufe (Insuffizienztheorie von Lussana), andere, daß der Mais bezw. nur der verdorbene Mais durch Umwandlungen, die im Darme vor sich gehen, toxisch wirke (De Giaxe, Neußer) oder daß mit ihm das spezifische Virus, das „bacterium maidis", welches Paltauf und andere mit dem Kartoffelbazillus oder Bacillus mesentericus vulgatus identifizieren, eingeführt werde (Cuboni, Majocchi, Carraroli); eine andere Ansicht geht dahin, daß der Mais ein Öl (Lypochrom) enthalte, welches durch das Licht aktiviert wird, daß die Pellagra also eine photodynamische Erkrankung darstelle (Raubitschek). Die größte Zahl von Anhängern weist aber die von Ballardini aufgestellte Theorie auf, die dann von Lombroso so erfolgreich aufgenommen und weiterentwickelt wurde. Nach dieser Theorie ist die Pellagra die Folge einer Vergiftung durch Toxine (Pellagrozein), die im verdorbenen Mais durch gewisse Mikroorganismen entstehen, welch letztere an und für sich aber dem Menschen unschädlich sind.

Kann die Richtigkeit der erstgenannten Theorien nicht als erwiesen gelten, so hat anderseits auch die letzterwähnte, schlechtwegs lombrosianische genannt, ihre Mängel, auf welche namentlich in jüngster Zeit aufmerksam gemacht wurde (Pisenti): so z. B. das nicht gleichzeitige Erkranken aller Familienmitglieder, obwohl sie vom selben Mais genossen hatten, die Periodizität der Krankheit, ihr Aufflackern selbst in schwerster Form auch nach langdauernder Anstaltsbehandlung ohne Maiskost, das Vorkommen von Pellagra in Gegenden, wo man den Mais gar nicht kennt (Afrika, engl. Kommission), dagegen das Fehlen derselben, wo viel verdorbener Mais genossen wird (Brasilien, Pieraccini). Den Zusammenhang zwischen verdorbenem Mais und Pellagra hat man ferner durch serologische Reaktionen — wie noch erörtert werden wird — zu beweisen gesucht, man ist aber nicht zu einem eindeutigen Resultat gelangt.

Der englische Forscher Sambon hat ein Pro-



tozoon als Ursache der Pellagra angenommen; eine Mückenart, das Simulium reptans, soll es durch Stich unter die Landbevölkerung verbreiten. Niemand von den Nachforschern konnte sich aber von der Richtigkeit dieser Annahme überzeugen.

Tizzoni isoliert aus dem Blute, der Spinalflüssigkeit und den Organen Pellagröser, aber auch aus dem Mais einen pleomorphen Mikroorganismus, den er Streptobacillus pellagrae benannte und nach seinen letzten Studien unter die Aktino- oder Hyphomyzeten reihte; er soll spezifisch sein und seine Kulturen oder Kulturextrakte durch das Blutserum Pellagrakranker agglutiniert resp. präzipitiert werden.

Alessandrini hielt eine Filaria-Art, welche in stehenden Gewässern lebt, für den Erreger der Pellagra. Er selbst ließ aber diese Theorie fallen und erklärte zusammen mit Scala die Pellagra für eine Azidose, hervorgerufen durch die kolloidale Kieselsäure, die in einigen Trinkwässern zu finden ist und das NaCl im Organismus zurückhält. Durch Hydrolyse zwischen dem NaCl und dem Zellprotoplasma entsteht — bei Mangel von Alkali — freie Salzsäure, die der Organismus durch Ammoniak neutralisiert. Das kann er aber nur durch Zersetzung der eigenen Bestandteile tun.

Obwohl diese zwei Theorien von den anderen Pellagraforschern nicht mit Begeisterung aufgenommen wurden, wäre jedes Urteil darüber verfrüht, da Nachuntersuchungen noch ausstehen. Es ist also weder der Erreger der Pellagra mit Sicherheit nachgewiesen, noch ist die Frage beantwortet, ob es sich hierbei um eine Infektion oder eine Vergiftung handelt.

Größerer Einigkeit als betreffs der Ätiologie begegnen wir bei den Autoren hinsichtlich des klinischen Bildes und der pathologisch-anatomischen Erscheinungen. Fast allgemein wird zugegeben, daß man bei der Pellagra drei Hauptformen unterscheiden kann, wenngleich deren Erscheinungen sich regellos untereinander mischen. Man spricht von einer kutanen, einer gastro-intestinalen und einer psychisch-nervösen Form; das Überwiegen der einen oder der anderen Symptome mag von klimatischen und individuellen Verhältnissen abhängen. Allen drei Formen gemeinsam ist ein periodisch rezidivierender Verlauf, indem während der Winterzeit alle oder fast alle Krankheitserscheinungen schwinden, um im Frühjahr und Herbst besonders stark wieder zum Ausdruck zu kommen, und dies oft trotz aller therapeutischen und diätetischen Maßnahmen. Die kutanen, gastro-intestinalen und teilweise auch die nervösen Symptome zeigen sich gewöhnlich schon sehr früh beim ersten Auftreten der Krankheit, während die psychischen oft erst nach mehrmaligem Rezidivieren der Pellagra zu bemerken sind.

Schon zu einer Zeit, da objektiv nicht das Geringste festzustellen ist, klagen die Patienten über leichte Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit, Verstimmung, Schwäche in den Beinen, unsicheren Gang. Schwindel, Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Parästhesien in den Gliedern, Sehstörungen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel oder auch Heißhunger, üblen, oft salzigen Geschmack im Munde, die weiblichen Individuen auch über Beschwerden, wie sie bei Metritis und Prolaps geäußert zu werden pflegen. Erst später treten binnen kurzer Zeit intensive, fast ausschließlich symmetrische Erytheme auf, am häufigsten — jedoch ohne sich genau daran zu halten — an den der Luft und dem Lichte ausgesetzten Körperstellen: den Handrücken (pell. Handschuh), dem Halse (Casalsche Halsband), dem Gesichte (fleckig oder diffus; pell. Maske) und den Füßen. Viel seltener sind atypische Lokalisationen, wie die Knie oder Ellbogen oder die Umgebung der Genitalien (Merck, Dejacco). An den erythematösen Stellen treten nicht selten Rhagaden, in schweren Fällen auch Blasen oder Pusteln, seltener hämorrhagische Flecken auf. Dieses Stadium dauert nur wenige Tage; dann tritt Desquamation unter gleichzeitigen ausgeprägten hyperkeratotischen Erscheinungen auf; das Zentrum hellt sich zuerst auf; die Schuppen sind dick, den Hautfalten entsprechend rhombisch gestaltet, haben eine schmutzigbraune Farbe, manchmal mit einem Stich ins Grünliche. Der ganze Prozeß läuft in 5 bis 8 Wochen ab. Die Haut erscheint nun oft pigmentiert und besonders nach vielen Rezidiven atrophisch und unelastisch. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: das solare Erythem, eine gewisse Form der Vitiligo, das Ekzem und das Erythema exsudativum multiforme. Der Pellagra sehr ähnliche Hautveränderungen wurden bei Alkoholikern, Paralytikern und Dementen beschrieben; da sie aber sehr selten, sind sie praktisch von geringer Bedeutung (Merck). Die Zunge ist anfangs belegt, von tiefen Furchen durchzogen, am Rande gerötet und den Zähnen entsprechend gekerbt, später in toto geschwollen und gerötet; oft tritt Speichelfluß auf. Von einigen Autoren wurden gesteigerte Produktion der Talgdrüsen besonders an der Nasenwurzel und Ernährungsstörungen an den Nägeln beobachtet.

Selten fehlen schon in diesem Stadium der Krankheit Symptome von seiten der Digestionsorgane; die Kranken klagen über Pyrosis, Aufstoßen,



Nausea; objektiv hat man die Erscheinungen des Magenkatarrhs, der Dilatation und verminderten Motilität des Magens; gleichzeitig treten wässerige, seltener mit Blut untermischte Stühle auf, die denjenigen der Dysenterie ganz ähnlich sehen. Die Diarrhöen sind sehr hartnäckig und können mit Stuhlverstopfung abwechseln. Die Untersuchung des Magensaftes ergibt Hypazität bei verminderter oder auch fehlender freier Salzsäure, Hypaktivität des Pepsins und des Labfermentes, manchmal auch das Vorhandensein von Milchsäure. Die Pankreasfunktion ist gleichfalls gestört, und nicht selten gelingt im Harne die Cammidge-Reaktion. Auch Albumen, Nierenepithelien und Zylinder wurden aufgefunden. Konstant scheint aber eine Hypazidität des Harnes bei vermehrter Absonderung von Salzen, Chlor (Camurri) und Phenolen zu sein.

Diese Krankheitserscheinungen sind regelmäßig von leichten Temperatursteigerungen begleitet (Alpago-Novello, Lombroso), seltener sind hohe Fiebertemperaturen. Lombroso hat in vielen Fällen einen Temperaturunterschied zwischen den beiden Körperhälften festgestellt. Schon bei der Aufzählung der subjektiven Beschwerden habe ich einzelne erwähnt, welche auf die Mitbeteiligung des Nervensystems schließen lassen: die Schwäche in den Beinen, der unsichere Gang, der Schwindel, die Parästhesien, die Sehstörungen u. a. Einige Autoren wollen sogar die gastro-intestinalen Erscheinungen von der Nervenaffektion abhängig machen. Von einigen wenigen Fällen abgesehen, in denen das Gegenteil konstatiert wurde (Lombroso, Belmondo), ist die Sensibilität für taktile, thermische und vor allem farado-kutane Reize abgeschwächt, die Haut- und Schleimhautreflexe sind besonders bei vorgeschrittenen Krankheitsfällen stark vermindert, die Sehnen- und idiomuskulären Reflexe gesteigert; Trousseau wird positiv, desgleichen oft schon sehr früh Babinski und Oppenheim (Zanon). Es stellen sich muskulare Reizsymptome, fibrilläre oder bündelförmige Zuckungen, tonische und klonische Erscheinungen, an den Beinen Paresen der Strecker und mitunter bis zur Kontraktur gesteigerte Spasmen der Beuger ein; der Gang wird deutlich spastisch-paretisch. An den oberen Extremitäten findet man Koordinationsstörungen, ausgesprochene Ataxie und Tremores vom Charakter des Intentionszitterns. Oft hat man Pupillenstarrheit, Fazialisparesen, Fehlen der Patellarreflexe, Auftreten des Rombergschen Phänomens sowie Unterschiede in den Reflexen zwischen rechts und links beobachtet. In den schwersten Fällen traten auch Sphinkterenlähmungen, an Chorea und Tetanie erinnernde Erscheinungen sowie Anfälle auf, die denen der genuinen und Jacksonschen Epilepsie ähnelten.

Eine Mitbeteiligung der Psyche läßt sich schon bei leichten Fällen erkennen; die Patienten zeigen neurasthenische Symptome (Gregor), sind verstimmt, niedergeschlagen, ängstlich, zu einer selbständigen körperlichen und seelischen Tätigkeit unfähig, hypochondrische Gedanken beherrschen ihren Ideenkreis; unangenehme psychische Reize rufen übertriebene Affektreaktionen hervor. Schwere psychische Störungen treten gewöhnlich erst nach längerem Bestehen der Krankheit auf. Diese Fälle können in zwei Gruppen geteilt werden: in solche, die primär zur Demenz führen und in solche, die unter dem Bilde der Melancholie, Manie, Amentia oder des Delirium acutum verlaufen, und von einigen Autoren (Tanzi, Agostini) insgesamt der Amentia zugezählt werden. Andere bei Pellagrösen beschriebene Psychosen, wie z. B. das manisch-depressive Irresein, rein katatone und paranoische Formen sind nicht spezifisch. Sie fanden sich zufällig bei einem Pellagrakranken, und höchstens dürften sie durch die Pellagra ausgelöst worden sein.

Meist verschlimmern sich die oberwähnten neurasthenischen Beschwerden, die deprimierte Stimmung steigert sich, die Ängstlichkeit wird zur Phobie. Die Kranken fürchten sich vor etwas Drohendem, werden oft wasserscheu oder fühlen sich zum Wasser hingezogen (Hydromanie). Ihre Bewegungen sind reduziert, die Assoziationsvorgänge gehemmt und vorübergehend kommt es zu stuporösen Zuständen. Die intellektuellen Vorgänge spielen sich aber noch normal ab, die Orientierung ist vollkommen, die Kranken haben lebhaftes Krankheitsgefühl und sind sich auch ihrer Vergeßlichkeit bewußt, die oft sehr früh auftritt (Tanzi, Gregor) und lediglich als Hemmungserscheinung anzusehen ist (Warnock). Auch die Verlangsamung der Assoziationen, die als durch die Störungen im Gefühlsleben bedingt aufzufassen ist und das häufige Auftreten der Perseveration erklärt, ist für eine geistige Abstumpfung nicht beweisend, besonders wenn noch das Überwiegen der „inneren" gegenüber den „äußeren" und Klangassoziationen in Betracht gezogen wird (Morpurgo). Dieses Stadium der Krankheit veranlaßte einige Autoren, die Melancholie als die der Pellagra spezifischen Psychose anzusehen; andere vermißten aber in diesem Bilde nie einen gewissen Grad von Verwirrtheit und hielten sich für berechtigt, sowohl diese wie die seltenen Fälle mit Unruhe, Logorrhöe, Bewegungsdrang (Tanzi, Agostini, Gregor) und sogar Erleichterung des Gedankenab-



laufes (Lombroso) der Amentia zuzuzählen, die unleugbar am häufigsten zu typischer Entwicklung gelangt. Es gesellen sich Verwirrtheit und Desorientiertheit hinzu mit massenhaften, kinästhetischen und schreckhaften Gesichtshalluzinationen, in denen Feuer, Teufel, Feinde eine besonders große Rolle spielen; weiters kommt es in der Folge zu heftigen Gemütserregungen mit ihren Reaktionen, manchmal zu stuporösem oder gar katatonem Verhalten (gesteig. Muskeltonus, Flexibilitas cerea) und zu Wahnideen, die vorwiegend dämonomanischen oder hypochondrischen Inhaltes sind. Nichts Seltenes sind die Sitophobie und das Tentamen suicidi, welch letzteres nach einigen Autoren der Gemütsstimmung (Gregor), nach anderen der Verwirrtheit zuzuschreiben ist.

Diese Erscheinungen treten manchmal sehr stürmisch auf und vereinigen sich mit Bewußtseinsstörungen, motorischer Erregung und mussitierenden Delirien zum Bilde des Delirium acutum, welches infolge der gleichzeitig bestehenden schweren gastro-intestinalen (profuse Diarrhöen) und nervösen Symptome (tonische und klonische Krämpfe) Typhus pellagrosus genannt wurde; doch hat man die Ansicht, daß der Typhus pellagrosus durch den Eberthschen Typhusbazillus hervorgerufen werde (Lussana, Frua, Billod) längst fallen gelassen und statt dessen eine Superintoxikation oder -infektion von seiten des Darmes angenommen. In einzelnen Fällen wurden auch Bakterien im kreisenden Blute nachgewiesen (G. Gatti). Diese Krankheitsform verläuft meistens letal; aber auch bei den amentialen Formen kommt es nach mehreren Rezidiven durch den einsetzenden Marasmus zum Tode oder, u. zw. besonders beim Vorwiegen des Stupors, zur sekundären Demenz. Die günstigen Fälle heilen ohne Rezidive oder nachdem die Rückfälle stetig an Intensität abgenommen haben. Bei der zweiten Gruppe der pellagrösen Geistesstörungen, die zur primären Demenz führen, unterscheiden wir jene leichten Fälle, die besonders durch Abstumpfung des Gefühlslebens, den Mangel an normalen Hemmungen und die Unfähigkeit zu selbständiger Tätigkeit charakterisiert sind, und die schweren, welche der paralytischen Demenz bis auf die bei der Pellagra-Psychose viel selteneren Sprachstörungen und Größenideen sehr ähneln. Vereinzelte Fälle, bei denen die Patellarreflexe fehlen, können die Tabes dorsalis vortäuschen.

Wenden wir uns nun der pathologischen Anatomie der Pellagra zu. Je nach dem Stadium des Prozesses wechselt das mikroskopische Bild der Haut. Im Stadium des Erythems findet man (nach Fiocco) ein vorwiegend extrazelluläres Ödem der Epidermis, aber nicht des Derma. Leukozyten fehlen fast gänzlich, dagegen sind Pigment- und Mastzellen vorhanden. Im zweiten Stadium trifft man Degeneration des Bindegewebes und der elastischen Fasern sowie der Schweißdrüsen an, wenngleich Babes und Sion letztere hypertrophisch fanden. Die Hornschicht ist verdickt und entartet und zeigt Lücken zwischen den Lamellen. Die Zellen enthalten Pigmentkörner; die Papillen sind verdickt und in Proliferation begriffen. Im atrophischen Stadium sind alle Hautschichten reduziert, die Papillen klein und sogar ganz geschwunden.

An den inneren Organen fand man braune Degeneration und Atrophie des Herzmuskels, trübe Schwellung oder Atrophie der Leber, chronische Nephritis mit fettiger Entartung, in schweren Fällen Ödem der Lunge, bronchopneumonische Herde, Ekchymosen an den Pleuren. Im Magen: Katarrh und Atrophie der Schleimhaut, desgleichen im Darme, wo nicht selten Ulzerationen und im Dickdarm auch diphtherische Entzündungen angetroffen werden. Interessanter sind die Befunde im Zentralnervensystem, die aber nicht immer der Schwere des klinischen Bildes parallel verlaufen; man fand im Rückenmarke: Asymmetrie der Spinalachse, Hyper- und Anämie der beiden Substanzen, Erweichungen und Schwund (vermindertes Gewicht) derselben (Tonini); von der grauen Substanz sind namentlich die Hinterhörner und besonders die Clarkche Säule, am ausgeprägtesten im Lendenteil, ergriffen (Babes, Sion, Gregor). In der weißen Substanz sind die Läsionen der gekreuzten Pyramidenbahnen, der Seiten- und der Hinterstränge, des Gollschen und des Burdachschen Stranges, und zwar am intensivsten im Brustteil, die häufigste Erscheinung. Veränderungen an der vorderen Wurzelzone, seltener an der hinteren und der Lissauerschen Zone wurden ebenfalls beschrieben (Babes, Belmondo). Diese Befunde bieten die chronischen Fälle am schönsten dar, indes bei den akuten die Läsionen zwar ausgebreiteter, aber nicht so deutlich sind. Belmondo sah mitunter auch eine wirkliche Meningomyelitis. Die pathologischen Veränderungen in den erwähnten Abschnitten des Rückenmarks sind auf eine Degeneration der Ganglienzellen (schlechte Färbbarkeit der Kerne, Zerfall, Reduktion oder Mangel des Tigroids. Mangel der Fortsätze, Pigmentdegeneration), auf einen Zerfall der Markscheiden und auf Gliawucherungen namentlich in der Umgebung der Gefäße zurückzuführen; Veränderungen, die man neben Verdickung und Pigmentierung der Meningen und — seltener — internem Hydrozephalus auch im Ge-



hirne findet. Auch in den Ganglien des Sympathikus wurden Pigmentanhäufungen angetroffen (Tanzi).

Ergibt sich einerseits aus dem Zusammentreffen der aufgezählten Symptome, wie sie die verschiedenen Organe bieten, leicht die Diagnose, so wird diese schwer fallen, sobald man sie ohne Berücksichtigung der somatischen Erscheinungen aus dem psychischen Bilde allein aufzubauen versuchte, wenngleich der pellagrösen Psychose einzelne charakteristische Züge nicht abgesprochen werden können. Um die Diagnose schon im Anfangsstadium und in zweifelhaften Fällen zu ermöglichen, wurde von einigen Forschern nach spezifischen Serumreaktionen gesucht. Schon Lombroso hat mit Extrakten aus verdorbenem Mais an Versuchstieren pellagraähnliche Symptome hervorrufen können; dieselben Symptome ergeben aber auch die Albumine von unverdorbenem Mais und anderen Kornarten (Audenino, Lombroso). Antonini und Mariani fanden, daß das Blut Pellagrakranker auf Tiere toxisch wirke. Babes konstatierte, daß das Blut geheilter Pellagröser auf Tiere, die mit Extrakt aus verdorbenem Mais, — welches für sie sehr giftig ist — behandelt wurden, antitoxisch wirke und den Exitus entweder verspäte oder verhindere. Gosio wies im Blutserum der Kranken Maispräzipitine nach, welche er für eine Reaktion auf das Maisalbumin hält, das unverändert die kranke Darmschleimhaut passiert. Andere Autoren bestätigten diese Befunde (G. Gatti), trafen sie aber auch bei anderen Darmerkrankungen, wenn gleichzeitig Mais genossen wurde. Volpino, Mariani, Bordoni, Alpago-Novello berichten von einer hohen Überempfindlichkeit Pellagröser gegen Einspritzungen kleiner Dosen „Pellagrogenins" (einer aus verdorbenem Mais gewonnenen Substanz). Demgegenüber stehen aber die Befunde von Rondini, Babes und Raubitschek, nach welchen die Maisextrakte auch mit normalem Serum präzipitieren, zur Bildung spezifischer Antikörper keinen Anlaß geben und keine anaphylaktischen Erscheinungen hervorrufen. Endlich behauptet Tizzoni, mit dem Blutserum Pellagrakranker und seinem Streptobazillus — wie schon anfangs erwähnt — spezifische Reaktionen (Agglutination und Präzipitation) erhalten zu haben; er fand auch im Serum der Kranken ein Antihämolysin, welches die Wirkung des natürlichen Hämolysins aufhebt; auch dieser Befund wurde von anderen bestätigt, aber nicht als spezifisch betrachtet.

Nicht unerwähnt möchte ich das von vielen Autoren beschriebene Vorkommen hereditärer Pellagra lassen. In den leichten Fällen, die gewöhnlich spät auftreten, sollen die subjektiven Beschwerden, ferner Aufstoßen, Stuhlverhaltung oder Diarrhöen und die gelbliche Hautverfärbung überwiegen, bei Frauen auch Leukorrhöe und vorzeitige Menopause auftreten; bei den schweren Fällen soll die ganze Symptomenreihe der Pellagra, u. zw. oft schon im zweiten Lebensjahre, in die Erscheinung treten, dagegen sollen die Hautveränderungen selten sein. An den Söhnen Pellagröser wurden auffallend häufig Entwicklungsanomalien, Hemmungen und dystrophische Störungen von infantilem, manchmal kretinischem und myxödematösem Typus beobachtet; außerdem eine ausgesprochene Disposition zur Erkrankung an Pellagra und deren Psychosen (Lombroso, Antonini, Agostini).

Was die Therapie anlangt, so wurden vor allem diätetische Maßnahmen vorgeschlagen, wie kräftige Ernährung bei Vermeidung von Mais, außerdem Arsenpräparate, Bäder; bei Typhus pellagrosus bewährten sich subkutane Kochsalzinfusionen; auch Ölinfusionen erwiesen sich zur Hebung des Ernährungszustandes als nützlich (Zanon); bei Kindern empfiehlt Lombroso Einreibungen mit Kochsalzlösung. In letzter Zeit wurden gute Resultate vom Serum „Nicolaidi" berichtet, welches die vom Organismus im Überschusse ausgeschiedenen Stoffe zu ersetzen sucht. Schließlich empfehlen Alessandrini und Scala, ihrer neuesten Theorie entsprechend, eine Lösung von Trinatriumzitrat.

Vereine und Behörden haben mit der Pellagra in jenen Gegenden, wo sie endemisch ist, den Kampf aufgenommen, wohl alle vom Standpunkte der Maistheorie aus. Ob der Ausgangspunkt dieser Bestrebungen der richtige ist, soll noch dahingestellt bleiben; daß aber die Pellagrafälle an Zahl und besonders an Schwere abgenommen haben, und daß die im Gefolge dieser Krankheit auftretenden Psychosen sowie die Todesfälle viel seltener geworden sind, das ist eine Tatsache, die hervorgehoben zu werden verdient.

Diskussion:

Dr. Kobylanski bestreitet, daß Hauterscheinungen bei Pellagrösen an vor dem Lichte geschützten Hautstellen auftreten. Das Vorkommen atypischer lokalisierter Hauterscheinungen hängt immer von Volkstracht und Kleidung der Kranken ab. Auch gegen die Behauptung der Autoren, daß bei Pellagrösen die Psychose manische und paranoide Formen annehme, muß entschieden Stellung genommen werden. Diese Behauptung ist auf Unkenntnis der Anamnese solcher Fälle zurückzuführen. Es kommt natürlich auch vor, daß ein Mani-



scher oder ein Paranoiker einmal Pellagra akquirieren kann.

Dr. v. Franzoni bestätigt die Ansicht Dr. Kobylanskis. Er habe im Referat nur die Ansicht Mercks u. a. mitgeteilt, daß das Erythem unabhängig von der Belichtung sei.

Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dozent Dr. **Josef Berze,** Direktor der n.-ö.Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg.

(Schluß.)

Was die Aufgabe der Psychologie auf dem Gebiete der Symptomatologie betrifft, so sei zunächst auf das zum Kapitel Systematik Gesagte verwiesen: Ein Hauptproblem der „psychologischen Theorie" ist die Auffindung der allen Symptomen einer Psychose gemeinsamen „psychotischen Wurzel", ihrer Grundstörung, d. h. des letzten im Gesamtbilde noch als Bewußtes Erfaßbaren, mit dessen Konstatierung wir bereits an die Grenze gegen das Gebiet des Außerbewußten stoßen. Die weiteren symptomatologischen Aufgaben der Psychologie beziehen sich auf eine möglichst genaue Erfassung der einzelnen Symptome vom rein phänomenologischen Gesichtspunkte, dann auf die Konstatierung der vorliegenden Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Symptomen, endlich auf die Darstellung der Art, in welcher jedes einzelne Symptom aus der Grundstörung abgeleitet werden kann. Der Psychologe kann sich ferner mit der Frage beschäftigen, wie es unter den im speziellen Falle obwaltenden Verhältnissen um den Einfluß des Inhaltes früherer und neuer Erlebnisse auf die Bildung des Inhaltes der pathologischen Phänomene, vor allem der Wahnideen und der Halluzinationen, bestellt ist. Gerade in den letzten Jahren ist bekanntlich auf diesem Gebiete unglaublich viel produziert worden, und namentlich die Psychoanalytiker waren es wieder, denen wir einen großen Teil dieser Literatur — sagen wir, um nicht hart zu werden — zu verdanken haben. Im allgemeinen mag diese Art psychologischer Arbeit nämlich recht interessant sein: eine wesentliche Förderung der Psychiatrie dürften wir aber von ihr nach den bisherigen Anzeichen kaum zu erwarten haben.

Nachdem die pathogene Bedeutung des psychischen Traumas bereits besprochen worden ist, empfiehlt es sich, die übrigen Beziehungen der Psychologie zur Pathogenese gemeinsam mit denen zur pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten zu besprechen. Zuvor ist es da aber geboten, eine Frage von prinzipieller Bedeutung zu erörtern.

Man denkt bekanntlich allgemein an die Möglichkeit einer pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten im Sinne der Feststellung charakteristischer Befunde für bestimmte Geisteskrankheiten, und zwar nicht nur für solche Geisteskrankheiten, bei welchen sich wahllos Störungen auf allen Gebieten des Seelenlebens zeigen, wie etwa bei der progressiven Paralyse, sondern auch für solche, in denen sich, wenigstens was die primäre Grundlage betrifft, ein distinkter Ausfall erkennen läßt, wie bei der Dementia praecox. Daß man eine solche differenzierte pathologische Anatomie überhaupt für möglich hält, beweist, daß man *der Idee* einer Lokalisation derjenigen körperlichen Funktionen Raum gibt, deren Störung eben jeweils im Psychischen als Störung im Bereiche dieser oder jener (psychischen) Funktion zum Ausdruck kommt. Andererseits aber begegnen wir bei einem Großteile der Psychiater, namentlich aber bei denen, die das Heil dieser Wissenschaft ganz und gar von der Hirnanatomie erwarten, der Tendenz, alle Ansätze zu Versuchen, ein Bild von den Grundprinzipien dieser postulierten Lokalisation zu gewinnen, förmlich a limine abzuweisen und jeden, der sich an einen solchen Versuch heranwagt, als „Hirn-Mythologen" lächerlich zu machen; dabei sieht sich der, dem solches widerfährt, freilich in einer wenigstens zum Teile gewiß recht angesehenen Gesellschaft, da von manchen u. a. auch Meynert und Wernicke unter die Hauptvertreter der „Hirnmythologie" gerechnet werden.

Wie ist da nun der Ausweg zu finden? Wieder ist einzig und allein die Psychologie imstande, uns diesen Ausweg zu zeigen, aber nicht die Psychologie in der Form eines der geläufigen Systeme, in welchen die einzelnen psychischen Phänomene sozusagen als fertige Gebilde mit einer Art Entitäts-Charakter abgehandelt werden — ganz ohne Ansehen der Tat-



sache, daß sie als mehr oder weniger flüchtige Ergebnisse bestimmter Funktionen des beseelten Körpers des Individuums, jener rätselhaften Einheit, resp. Zweieinigkeit aus Leib und Seele, zu betrachten sind, sondern eine Psychologie, die indem sie gerade auf diesen letzteren Punkt Rücksicht nimmt, die Grundlage schafft für eine möglichst reinliche Scheidung der psychischen Phänomene bezw. bestimmter Momente an den psychischen Phänomenen, je nachdem sie erfahrungsgemäß an die Intaktheit der einen oder der anderen von diesen Funktionen gebunden sind.

Es ist kaum zu bezweifeln, daß es uns niemals gelingen wird, einen bestimmten Gedanken, einen bestimmten Begriff, ein bestimmtes Gefühl zu lokalisieren. Wahrscheinlich wird es uns aber auch niemals gelingen, eigene Denkzentren, Begriffszentren, Willenszentren, Vorstellungszentren usw. aufzufinden und gegeneinander abzugrenzen. Auch Wahrnehmungszentren im eigentlichen Sinne anzunehmen fehlt uns im Grunde jede Berechtigung, wie jeder zugeben wird, der sich vor dem Irrtume zu hüten versteht, die Sinneszentren für Wahrnehmungszentren zu halten. Daß z. B. eine Gesichtswahrnehmung an die Bedingung der Funktionstüchtigkeit des optischen Zentrums gebunden ist, welches sozusagen den impressionalen Gehalt, den Empfindungsgehalt der Gesichtswahrnehmung zu liefern hat, steht ja sicherlich bereits außer Zweifel; daß aber der Wahrnehmungs-Akt, dessen Vorsichgehen das zweite Postulat für das Zustandekommen einer Wahrnehmung als eines Ich-Erlebnisses ist, sich gleicherweise im Gebiete der Sinneszentren abspiele, wäre eine durch nichts zu stützende Behauptung. Vielmehr ist es im höchsten Grade wahrscheinlich, daß alles Aktmäßige an den psychischen Pänomenen, mag es nun als Wahrnehmungs-Akt, als Vorstellungs-Akt, als Denk-Akt, als Willens-Akt in Erscheinung treten, das Ergebnis einer über den ganzen Kortex ausgedehnten Funktion ist, die allenfalls auf bestimmte, sozusagen einen funktionellen „Iso-Kortex" bildende Hirnrindenschichten beschränkt gedacht werden könnte.

Mag nun auch gerade diese Annahme richtig sein oder nicht, fest steht, daß uns erst eine in ihrer Methode dem besonderen Zwecke entsprechende Psychologie zeigen kann, was überhaupt als lokalisiert gedacht werden könnte und was nicht. Und klar ist es, daß wir erst, wenn wir in diesem Punkte voll orientiert sein werden, Aussicht haben werden, zu einer in ihren Ergebnissen verstandenen pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten vorzudringen. Die bisher in den Lokalisationsfragen begangenen Fehler sind zum Großteile darauf zurückzuführen, daß man mit etwas gar zu primitiven psychologischen Begriffen an diese besonders subtil zu behandelnde Frage herangetreten ist.

Wenn wir uns schließlich noch mit der Bedeutung der Psychologie für die psychiatrische Therapie befassen wollen, so möchte ich dabei von der Erwägung ausgehen, daß wir den Erfolg einer jeden wie immer gearteten Therapie nur auf Grund der Beobachtung des weiteren Verlaufes der Krankheit zu beurteilen in der Lage sind, und zwar immer nur dann, wenn wir die Symptome dieses weiteren Verlaufes richtig einzuschätzen verstehen, daß demnach auch die Beurteilung des Erfolges irgendeines psychiatrischen Heilverfahrens bei dem Umstande, daß die Symptome der Psychosen eben doch vorwiegend psychische sind, vor allem an die Bedingung einer richtigen Einschätzung der psychischen Symptome in ihrer Bedeutung als Zeichen einer Besserung oder einer Verschlimmerung gebunden ist. Es ist nun bekanntlich nicht immer leicht zu sagen, ob z. B. eine unter dem Einflusse einer Therapie einsetzende Beruhigung oder Erregung als Zeichen einer Besserung oder Verschlimmerung des Leidens zu deuten ist. Und wieder kann da wohl nur der richtige psychologische Einblick in die Genese, in die Bedeutung und in den Zusammenhang der Symptome die richtige Orientierung gewähren.

Daß jede Psychotherapie, soll sie überhaupt richtig fundiert sein, erst recht eine gründliche psychologische Durcharbeitung des Falles zur unbedingten Voraussetzung hat, ist von vornherein klar. Hat man es nicht bloß auf eine Symptomenbehandlung, sondern auf eine Behandlung der Krankheit selbst abgesehen, so werden sich zur Psychotherapie nur diejenigen Fälle eignen, in denen an der Wurzel der Erscheinungen nicht ein von der psychischen Seite gar nicht angreifbares Außerbewußtes, d. h. eine pathologische Affektion des psychozerebralen Apparates steht. Es ist daher z. B. von vorneherein als ein aufgelegter Unsinn zu betrachten, wenn man eine richtige Dementia praecox psychotherapeutisch, sei es nun mit oder ohne Mithilfe der Psychoanalyse, angehen will, wie es in der letzten Zeit, allerdings meistens von psychiatrischen Dilettanten, versucht worden ist. Andererseits darf freilich auch das Gebiet der Psychotherapie nicht, einer immerhin theoretischen Annahme zuliebe, zu enge gefaßt werden. Wenn unsere früher vorgebrachte Ansicht, daß ein psychisches Trauma durch Vermittlung von Unlust-Affekten auch zur Setzung



somatischer Hirnveränderungen führen kann, richtig ist, so wird man auch den Gedanken nicht ganz von der Hand weisen können, daß umgekehrt durch einen psychotherapeutisch herbeigeführten Lust-Affekt eine Heilung bezw. Besserung unter Umständen sogar auch in solchen Fällen erzielt oder doch befördert werden kann, in denen wir bei der psychologischen Analyse schließlich auf ein pathologisch verändertes Außerbewußtes als Grundstörung stoßen. Immerhin wird es sich da aber wohl bloß um Fälle mit leicht ausgleichbaren „funktionellen" Hirnveränderungen und nicht mit ausgesprochen organisch-anatomischem Hirnbefund handeln können.

Zum Schlusse noch eine halb und halb persönliche Bemerkung! Man könnte daraus, daß ich es für gut gefunden habe, gerade in dieser hochansehnlichen Versammlung über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie zu sprechen, den Schluß ziehen, daß ich die Opposition gegen die psychologische Richtung hauptsächlich in den Kreisen der Anstalts-Psychiater suchen zu müssen glaube. Dem ist aber nicht so; im Gegenteile belehrt mich wie jeden, der sich in diesem Punkte belehren lassen will, ein Überblick über die Literatur darüber, daß nicht wenige der wertvollsten pathopsychologischen Arbeiten gerade von Anstaltspsychiatern herrühren. Allerdings geht meine persönliche Meinung dahin, daß eine noch viel regere Beteiligung der Anstaltspsychiater an der psychologischen Arbeit im Interesse unserer Wissenschaft erwünscht wäre, u. zw. vor allem aus folgendem Grunde: Die psychiatrischen Kliniken sind infolge ihrer Verbindung mit der Neurologie, ferner ihrer Stellung neben den rein somatischen Kliniken und ihres regen Kontaktes mit diesen, endlich ihrer Ausstattung mit allen Behelfen zur somatischen Untersuchung und Behandlung von Haus aus sozusagen mehr auf den somatischen Teil der psychiatrischen Forschung eingestellt; und darauf mag es zurückzuführen sein, daß, wie mir scheinen will, die psychologische Richtung an einer oder der anderen Klinik eher etwas zu kurz kommt. Auf der anderen Seite scheint mir der Anstalts-Psychiater vor allen anderen Vertretern unseres Faches durch die ganze Art seines Wirkungskreises besonders auf die eingehende psychologische Betrachtung seiner Fälle verwiesen zu sein. Daraus will ich nun nicht etwa den Schluß ziehen, daß sich der Anstaltspsychiater nicht auch zur regen Beteiligung an der Arbeit auf anderen Gebieten angeregt fühlen könnte und sollte, aber ich folgere daraus, daß, wie die Anwendung und Ausbildung der somatischen Methoden wahrscheinlich immer mehr die Domäne des Klinikers bleiben wird, der Anstalts-Psychiater vor allem dazu berufen zu sein scheint, auf dem Gebiete der psychologischen Durcharbeitung der Psychosen und der abnormen Geisteszustände geradezu die Führung zu *übernehmen* und auch zu behaupten.

Robert Walter †.

Am 22. Juni d. J. verschied nach längerem, schwerem Leiden im 79. Lebensjahre Sanitätsrat Dr. Robert Walter zu Deutsch-Lissa. Er war geboren den 25. Juli 1835 zu Neustadt O.-Schl. Nach Beendigung seiner medizinischen Studien an den Universitäten zu Breslau und Berlin war er 3 Jahre als praktischer Arzt in Breslau tätig. Von 1866 an widmete er sich der Psychiatrie als Spezialfach. Nachdem er bis Ende 1872 an der Provinzialirrenanstalt zu Eberswalde, der Irrenheilanstalt des Dr. Brosius zu Bendorf und der Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Eichberg (Reg.-Bez. Wiesbaden) als Hilfsarzt tätig gewesen war, übernahm er am 1. Januar 1873 die ärztliche Leitung der Kantonal-Irrenanstalt zu Münsterlingen im Kanton Thurgau. 18 Jahre lang stand er dieser Anstalt vor, dann kehrte er in seine Heimat Schlesien zurück und gründete in Deutsch-Lissa bei Breslau eine Heilanstalt für Nervenkranke. Er beschränkte sich auf die Aufnahme einer kleinen Zahl (17) solcher Kranken, für welche der Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt nicht paßt, die auch in ihrer eigenen Familie nicht verweilen können, aber noch fähig sind, das

Familienleben mit seinen gemütlichen Anregungen zu genießen und heilend auf sich einwirken zu lassen. Die Kranken lebten in und mit der Familie, nahmen mit ihr die Mahlzeiten und verbrachten den Tag in den gemeinschaftlichen Räumen und in dem Garten. Es wurde ihnen jede mit dem jeweiligen Krankheitszustande verträgliche Freiheit gewährt und alle Zwangsmittel blieben ausgeschlossen. Die Kranken entbehrten dabei keineswegs der notwendigen Überwachung, doch sollten sie das Beengende eines Anstaltsleben so wenig als möglich fühlen. Die Frau des Hauses und zwei heranwachsende Töchter förderten mit seltenem Verständnis und großem Geschick die Erreichung dieses Zieles. Die Kranken fühlten sich dabei durchgängig so wohl, daß zeitweilig Beurlaubte oder Rückfällige immer willig und gern in die Anstalt zurückkehrten.

Dr. Walter besaß eine unerschütterliche Ruhe und eine bewunderungswürdige Geduld, welche ihn auch nicht verließen, als ein schmerzhaftes Leiden die letzten Tage seines Lebens trübte. Sein ehrenhafter Charakter, seine persönliche Liebenswürdigkeit, seine reiche Erfahrung sicherten ihm die Hochachtung und Wertschätzung seiner Kollegen, sowie das Vertrauen seiner Kranken und deren Angehörigen und seine Anstalt erfreute sich bald des besten Rufes. Nach dem Tode seiner zweiten Gattin im Jahre 1903 stand ihm die älteste Tochter in der Verwaltung der Anstalt treu zur Seite.

Wegen seines Leidens mußte er in der letzten Zeit die Aufnahme neuer Kranken ablehnen und seine ärztliche Fürsorge auf die durch mehrjährigen Aufenthalt mit der Anstalt eng verbundenen Pfleglinge beschränken.

Sicherlich wird es vielfach bedauert werden, wenn sich nicht ein Nachfolger finden sollte, welcher die Anstalt übernimmt und in dem bisherigen Sinne fortführt.

Mitteilungen.

— **Aufhebung eines Strafurteils nach Strafverbüßung wegen Geisteskrankheit zur Zeit der Tat. Posen,** 30. Juni. Ein interessanter Fall kam heute vor der hies. Strafkammer zur Verhandlung. Im Wiederaufnahmeverfahren wurde der Restaurateur K. T. aus H., der vom Schwurgericht im Juni 1910 wegen versuchter Verleitung zum Meineide zu 1 Jahr Zuchthaus und wegen fahrlässigen Falscheides zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt worden war, und diese Strafen verbüßt hat, freigesprochen. Der Staatsanwalt hatte selbst die Aufhebung des früheren Urteils beantragt, da der Angeklagte nach den Gutachten der Sachverständigen schon bei Begehung der strafbaren Handlungen geisteskrank gewesen ist.

— **Psychiatrischer Fortbildungskurs 1915 in der Psychiatrischen Klinik München.** Von Montag, den 15. Februar bis Samstag, den 6. März inklusive, findet im Jahre 1915 an der psychiatrischen Klinik in München der nächste psychiatrische Fortbildungskurs statt. Als Dozenten beteiligen sich die Herren: Allers: Chemische Pathologie und Diäto-Therapie der Psychosen. — Brodmann-Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde. — Isserlin: 1. Experimentelle Psychologie. 2. Psychotherapie. — Kraepelin: Psychiatrische Klinik. Plaut: Liquor- und Serumuntersuchungen. — Rüdin: 1. Demonstrationen zur forensischen Psychiatrie, einschließlich der psychiatrischen Jugendfürsorge. 2. Über Entartung und über Vererbung geistiger Störungen. — Spielmeyer: 1. Anatomische Grundlagen der Geisteskrankheiten. 2. Aphasie, Apraxie, Agnosie. — Trendelenburg-Innsbruck: Gehirnphysiologie. — Weiler: Psychopathologische Untersuchungsmethoden. — Zahl der Vorlesungsstunden etwa 100. Honorar: M 63,—. Der genaue Stundenplan wird noch bekannt gegeben werden. Anmeldungen an Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Rüdin - München, Nußbaumstraße 7.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

— **XIII. Technik der Salvarsan-Injektion.** Hierzu schreibt Dr. Betz in Heilbronn im Ärztl. Central-Anzeiger v. 17. Nov. 1913. Jeder Arzt muß und kann heute Salvarsan injizieren. Aber eine bescheidene Assistenz ist nötig. Nach Stern, Katz u. a. (siehe „M. med. Wochenschr." 1913) gehe ich so vor: 1. Ich koche meine 10 Gramm-Glasspritze im Hause des Patienten aus, während dessen ritze ich die Neosalvarsantube (0,45 pro dosi) an und sprenge sie durch (siehe Gebrauchsanwei-



sung). Dann trockne ich die Glasspritze durch Einsaugen und Ausspritzen von Luft, breche die Neosalvarsantube durch und schütte das Pulver in die leere und trockene Spritze, setze den Stempel ein, die ausgekochte Nadel auf und sauge in die Spritze 4 Gramm 0,7 prozent. sterile Kochsalzlösung aus einer Ampulle (von der Liebigapotheke in Heppenheim a. d. Bergstraße). Durch leichtes Schütteln gibt es eine klare Lösung. Die Luftblasen werden entfernt. Asepsis ist bis jetzt gewahrt. Die Lösung und Spritze ist bereit zu Injektion. 2. Die Ellbogengend des Patienten wird mit dem Wasser, in dem die Spritze ausgekocht wurde, gereinigt. Der hängende Arm des sitzenden Patienten wird zwei Minuten am Oberarm von der Assistenz komprimiert, so daß die Venen prall anschwellen. Der Patient ist bereit zur Injektion. 3. Der Arzt sticht eine Vene in der Ellbogenbeuge an mit der gefüllten Spritze, zieht den Stempel etwas zurück. Bei dem stark positiven Druck strömt willig Blut in die Spritze — ein Zeichen, daß man in der Vene ist. Um nun auch in der Vene sich behaglich zu fühlen, bewegt man die Nadel frei in der Vene. 4. Jetzt gibt die Assistenz den Oberarm frei, ergreift das Handgelenk und den Ellbogen, erhebt den Arm über die Horizontale. Die Venen kollabieren — negativer Druck entsteht. Der Arzt entleert den ganzen Inhalt der Spritze langsam in die Blutbahn. Sind Luftblasen doch in der Spritze geblieben, so geht man vorher heraus aus der Vene, injiziert eventuell subkutan oder intramuskulär. Das ist das Vorgehen für die konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektion. Sie kommt allein für den Praktiker in Frage, da sie steril, ohne Aufwand von Apparaten, auch unauffällig für die Nachbarschaft gemacht wird. Sie ist ungefährlich, schmerzlos und viel wirksamer (s. d. Autoren) als die Infusion. Der Patient spürt nur den Nadelstich, kann, wenn am Samstag injiziert wurde, am Montag wieder zur Arbeit. Assistenz würde ich nicht missen, die Verantwortlichkeit sinkt dadurch. Ich habe nach einer Injektion gesehen, wie die stark getrübte Psyche einer 71 Jahre alten Patientin mit Hirnlues sich aufhellte, wie ein Ulcus cruris sich in fünf Tagen schloß.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Wiesloch** (Baden). Oberarzt Dr. August Hegar hat den Titel Medizinalrat erhalten. — Dr. med. Wilhelm Möckel von Fauerbach v. d. H. ist am 1. d. Mts. als Hilfsarzt eingetreten. — Hilfsarzt Hermann Loepp ist am 30. v. M. aus dem hiesigen Dienst ausgetreten.

Reisebedingungen für die Mitglieder des Internationalen Kongresses für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie

Bern, 7. bis 12. September 1914.

Wegen der Schweizerischen Landesausstellung werden den Kongreßteilnehmern folgende Preisermäßigungen für Reisen nach Bern gewährt:

Alle Schweizerischen Eisenbahnstationen verabfolgen Hinfahrtkarten nach Bern, die auch für die Rückfahrt gelten, falls der Reisende über den Fahrkartenpreis hinaus eine Eintrittskarte zur Landesausstellung (1,50 Fr.) bezahlt. Die Fahrkarte ist nur dann für die Rückfahrt gültig, wenn sie auf der Ausstellung abgestempelt wird. Gültigkeitsdauer: 8 Tage.

Die Haupteisenbahnstationen in Deutschland, Österreich-Ungarn und Belgien geben zugleich mit den Fahrkarten bis an die Schweizergrenze Sonderkarten zu ermäßigtem Preise für die Strecke von der Grenze bis Bern ab.

In Frankreich geben die Cie. P. L. M. und die Cie. de l'Est besondere Fahrkarten Paris-Bern mit zehntägiger Gültigkeitsdauer zu ermäßigtem Preise aus. Ferner können sich die Reisenden an den größeren Zwischenstationen dieser Kompagnien Fahrkarten nach Bern mit verlängerter Gültigkeitsdauer verschaffen, welche an den schweizerischen Grenzstationen mit den Sonderfahrkarten nach Bern (s. oben) kombiniert werden können.

Es steht ferner zu hoffen, daß die französischen Bahngesellschaften Preisermäßigungen für die Kongreßteilnehmer gewähren werden.

In Italien können die Reisenden sich Sonderfahrkarten nach Bern mit 10- und 15-tägiger Gültigkeit zu ermäßigtem Preise an folgenden Stationen verschaffen:

Domodossola, Bologna, Florenz, Genua, Mailand, Turin, Rom, Neapel, Venedig, Verona.

Die „Hamburg-Amerika-Linie" gewährt den Kongreßteilnehmern einen Preis-Nachlaß von 20 %, vorausgesetzt, daß die Überfahrt außerhalb der Saison stattfindet.

Ferner können sich die Kongreßteilnehmer Generalabonnemente für Reisen auf dem ganzen Eisenbahnnetze der Schweiz (gewisse Bergbahnen ausgeschlossen) zu folgenden Bedingungen kaufen: Für eine Dauer von 15 Tagen: 1. Kl. 105 Fr., 2. Kl. 75 Fr., 3. Kl. 55 Fr.; für eine Dauer von 30 Tagen: 1. Kl. 155 Fr., 2. Kl. 110 Fr., 3. Kl. 80 Fr.; für eine Dauer von 45 Tagen: 1. Kl. 205 Fr., 2. Kl. 140 Fr., 3. Kl. 105 Fr. mit Einschluß von 5 Fr., die beim Erlöschen des Abonnements zurückbezahlt werden. Auskünfte hierüber können an allen wichtigeren Stationen des Auslandes eingeholt werden, woselbst auch diese Abonnemente abgegeben werden können. Die Karten lauten auf den Namen und müssen mit der Photographie des Eigentümers versehen sein.

Auf Vorzeigen ihrer Mitgliedkarte erhalten die Kongreßteilnehmer Preisermäßigungen auf den Bergbahnen des Berner Oberlandes, wie folgt: Jungfraubahn: Scheidegg—Jungfraujoch (3457 m) 40% (19,20 Fr.), Niesenbahn: 5% (Hin- und Rückfahrt 5 Fr.), Wengernalpbahn: 30% (Lauterbrunn — Scheidegg — Grindelwald), Brienz-Rothornbahn: 50% (Hin- und Rückfahrt 5 Fr.), Interlaken-Harderbahn (Hin- und Rückfahrt 2 Fr.).

Das Reisebureau A. Bocquin & Cie. in Genf wird nach Schluß des Kongresses eine Rundreise in der Schweiz organisieren, deren Itinerarium und Preise später bekannt gegeben werden.

Ferner können sich die Kongreßteilnehmer für alle Auskünfte über Reisen in der Schweiz an die Agentur Thos. Cook & Son wenden.

Schweizerische Landesausstellung.

Die Kongreßteilnehmer können sich besondere Dauerkarten beim Sekretariat des Kongresses, in der Universität, zum Preis von 3 Fr. für die Person kaufen. Diese Karten geben das Recht zum Eintritte in die Ausstellung während der ganzen Dauer des Kongresses. Der Betrag für die Eintrittskarten, welche zugleich mit den Eisenbahnfahrkarten gelöst worden sind, wird den Eigentümern der Dauerkarten durch die Kasse der Ausstellung zurückerstattet (1,50 Fr.).

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 17. 25. Juli **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

(Aus der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz. — Direktor: Medizinalrat Dr. Ackermann.)

Zur Bewertung des Typhus- und Paratyphuswidal.

Von Oberarzt Dr. **Heinicke** und Anstaltsarzt Dr. **Künzel.**

Seit der großen Typhusepidemie, die die Anstalt Großschweidnitz im Jahre 1908 heimsuchte, ist es in derselben trotz angestrengtester Bekämpfungsmaßregeln immer wieder zu sporadischen Erkrankungen gekommen, die den Verdacht rege erhielten, daß sich doch noch unter den Kranken Dauerausscheider befänden. Um diese ausfindig zu machen, unterzogen wir unseren Gesamtkrankenbestand Ende 1912 von neuem einer Widalprüfung. Dieselbe förderte das überraschende Resultat zutage, daß zirka ein Drittel der Kranken auf der Männerabteilung, auf die sich in der Hauptsache unsere folgenden Darlegungen beziehen, auf Typhus- oder Paratyphus-Bazillen bezw. auf beide agglutinierte,[1]) ein Resultat, das um so mehr überraschte, als bei der letzten Agglutinationsuntersuchung in der Anstalt die Zahl der Agglutinanten eine erheblich geringere war; auch stand die jetzige Zahl der Agglutinanten in absolut keinem Verhältnis zu den wenigen sporadischen Neuerkrankungen der letzten Jahre; ein Fehler im Widal war ausgeschlossen, da die Untersuchungen von der Königlichen Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden in entgegenkommendster Weise ausgeführt worden waren.

Diese auffallende Zunahme der Agglutinanten veranlaßte uns, in systematischen Untersuchungen weiterzuforschen. Augenblicklich stehen wir wieder vor den Resultaten einer erneuten Untersuchung nach Gruber-Widal unseres ganzen Bestandes auf der Männerabteilung, und wieder ist die Zahl der Agglutinanten gegenüber unserer Untersuchung Ende 1912 um ein Erhebliches gestiegen.

Unser augenblicklicher Bestand der Männerabteilung beträgt 266 Kranke; davon ließen sich jetzt 243 den Widal machen, 17 verweigerten ihn und 6 sind Dauerausscheider, die wir bei unseren erneuten Untersuchungen außer acht ließen.

Von diesen 243 Blutuntersuchungen zeigten nun 135 negativen Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion, die anderen 108 agglutinierten auf Typhus bezw. Paratyphus. Vergleicht man nun die Widalreaktion des einzelnen Kranken mit seinen früheren Reaktionen, so stehen wir vor der interessanten Tatsache, daß der Widal in jeder nur möglichen Modifikation häufig bei demselben Kranken wechselte. Der Typhuswidal wurde dabei oft zum Paratyphuswidal und umgekehrt; weiter: Kranke, die ursprünglich auf beide Arten agglutinierten, agglutinieren nur noch auf eine derselben, die auch wieder wechseln kann, und dazwischen schieben sich nicht selten ganz freie Intervalle ein, wo die Gruber-Widal-Reaktion absolut negativ ist. Diese Varianten vollziehen sich bisweilen innerhalb we-

[1]) Wenn wir von Agglutination sprechen, kann dies schwächste bis stärkste Reaktion des einzelnen Falles bedeuten. Wir haben geglaubt auf diese speziellen Angaben verzichten zu können, weil wir gefunden haben, daß die Möglichkeit der Ausscheidung von Bazillen nicht mit der Stärke der Agglutination congruent geht; einer unserer Dauerausscheider agglutiniert z. B. nur andeutungsweise auf Typhus.

niger Tage, sogar gelegentlich von Tag zu Tag. Die Zahl unserer Untersuchungen ist nun so groß — es handelt sich um etwa 700 bis 800 — und die Untersuchungsstelle ist immer dieselbe, nämlich die eingangs erwähnte Zentralstelle in Dresden bezw. eines ihrer in hiesiger Anstalt wochenlang tätig gewesenen Bakteriologen, Momente, die beweisen, daß unsere wechselnden Resultate keine Zufallsbefunde bezw. auf Fehlerquellen beruhende sein können.

Es drängt sich nun die Frage auf: „Wie ist diese bei uns beobachtete stetige Zunahme der positiven Widalreaktionen und der auffällige Wechsel in diesen zu erklären?"

Zunächst liegt die Annahme nahe, daß es sich dabei immer wieder um Neuerkrankungen handelt, zum Teil bei erloschener primärer Reaktion. Nun hat es sich aber gezeigt, daß innerhalb eines reichlichen Jahres die Männeranstalt frei von Typhus und Paratyphus geblieben ist. Diese erfreuliche Tatsache führen wir auf die Auffindung und strenge Absonderung der sechs oben erwähnten Dauerausscheider zurück. Es kamen zwar hier und da Durchfälle vor, auch einige wenige mit Fieber, doch wurden nie Bazillen gefunden, auch entsprach der klinische Verlauf in keinem Falle dem Bild des Typhus oder Paratyphus. Das Einzige, was uns gelegentlich zu der Diagnose dieser Erkrankungen hätte führen können, war der positive Ausfall der Widalschen Reaktion, die zum Teil uns als neu imponierte, zum Teil in der früher beobachteten oder in veränderter Form auftrat. Vergleicht man nun hierzu die große Anzahl der von uns daneben untersuchten Personen, die während der Beobachtungszeit bei vollständigem körperlichen Wohlbefinden — wir schenkten diesem Punkt besondere Beachtung — auch dasselbe Neuauftreten oder dieselben Schwankungen der Widalreaktion boten, so sehen wir uns zu der Annahme veranlaßt, daß das eingangs geschilderte Verhalten der Agglutination nicht in Neuerkrankungen begründet ist, sondern Ursachen haben muß, die wo anders liegen. Unter diesen hat nunmehr wohl die Annahme, daß diese Reaktionen mit der früheren Typhusepidemie in gewissem ursächlichen Zusammenhange stehen, eine große Berechtigung, sei es, daß die Träger der Reaktion damals wirklich erkrankt waren, sei es, daß sie sich nur einen Infekt zuzogen, es also zu einer Erkrankung nicht kam. Immerhin könnte jemand auch an die Möglichkeit denken, daß es nach der damaligen Verseuchung der Anstalt im Beobachtungsjahre noch weiterhin beim Mangel von Neuerkrankungen zu gelegentlichen Infekten gekommen sei. Diese letztere Zahl dürfte dann aber eine sehr verschwindende sein; denn es wäre merkwürdig und gekünstelt, wollte man annehmen, daß fast immer wieder dieselben Personen bei den öfters wiederholten Untersuchungen Infekte durchmachen sollten, während andere unter den gleichen Existenzbedingungen dauernd frei blieben, zumal da ja einmaliges Überstehen typhöser Erkrankungen eher immun macht als empfänglicher. Sei dem, wie es auch sei; diese Fälle können auf Grund obiger Darlegungen kaum in Betracht kommen gegegenüber der Gesamtzahl.

Der Zusammenhang mit der früheren Epidemie erklärt aber nicht allein die Zunahme der Agglutinanten, selbst wenn wir den regen, dem Widal sicher eigentümlichen Wechsel in Betracht ziehen. Wir haben vielmehr die Beobachtung gemacht, daß ein großer Teil unserer Neuzugänge direkt bei der Aufnahme oder sehr bald danach agglutinierte, eine Tatsache, über die wir insofern nicht erstaunt waren, als ja die Oberlausitz, aus der die meisten unserer Zuführungen stammen, wohl nie frei von Typhus ist. Diese Agglutination der Neuzuführungen ist also nach unseren obigen Darlegungen auch voll und ganz erklärt.

Hier möchten wir gleich einem Einwand begegnen, der deshalb nahe liegt, weil sich unsere Erörterungen zunächst nur auf Geisteskranke erstrecken, nämlich, daß eventuell die Agglutinationsfähigkeit des Blutes im Stoffwechsel psychisch Erkrankter liege. Einmal fanden wir absolut keine Kongruenz zwischen den einzelnen psychischen Störungen und der Widalreaktion, dieselbe trat vielmehr wahllos auf; andererseits boten psychisch völlig gesunde Personen, die unter den gleichen Bedingungen hier leben wie die Kranken, und die zum großen Teil auch die Epidemie hier durchmachten, in fast gleichem Prozentsatz positiven Widal. Auch bei ihnen war es im Beobachtungsjahr nicht zu entsprechenden Erkrankungen gekommen.

Wir haben also im vorhergehenden gezeigt, daß die Widalreaktion bei der knappen Hälfte unserer Kranken zur Zeit positiv ist; wir haben weiter gesehen, daß es eine große Anzahl von Kranken bei uns gab, bei denen unter denselben Lebensbedingungen die Widalreaktion stets negativ blieb, daß sie weiter sehr häufig in ihrer Qualität wechselte bezw. vorübergehend ganz verschwand, und daß an dem Wechsel weder Neuerkrankungen noch im allgemeinen neue Infekte im Beobachtungsjahr Schuld trugen; auch in psychischen Erkrankungen liegende Stoffwechselmomente waren bei der Entstehung der Widal auszuschließen.

Daraus müssen wir eine Reihe von Folgerungen

ziehen: Der negative Ausfall der Widalreaktion ist absolut nicht dafür beweisend, daß der betreffende Patient nicht doch Agglutinant ist. Daraus erfolgt, besonders für Anstalten, die Forderung, sofern sie sich vor Typhus- und Paratyphusendemien sichern wollen, nicht bloß bei den positiven Widal zeigenden Kranken nach Bazillen zu fahnden, sondern sie systematisch, unbeachtet der Blutreaktion auf Dauerausscheidung zu untersuchen. Diese Untersuchung hat sich nicht allein auf wiederholte Kontrolle der Fäzes zu erstrecken, sondern es bedarf auch der Urin derselben Beachtung. Dabei empfiehlt es sich, bei willigen Kranken zur eventuellen erleichterten Ausscheidung von Bazillen Mittel wie Olivenöl zu geben. Obiger Annahme ist zweifellos auch indirekt in den sächsischen Medizinalgesetzen Ausdruck gegeben, wenn dort darauf hingewiesen wird, daß 25% der Dauerausscheider nicht agglutinieren. Dabei bleibt es nach unserer Überzeugung im allgemeinen vollständig gleich, ob der betreffende Kranke auf Typhus oder Paratyphus agglutiniert; denn unsere Erfahrungen gehen dahin, daß bei der gleichen Grundursache — sei es frühere Erkrankung oder Infekt — die Widalreaktion proteusartig im Bereich der beiderseitigen Verwandtschaft wechselt. Unsere zunächst nur auf rein serologische Beobachtungen gegründete Behauptung erhält eine überzeugende Stütze noch dadurch, daß einer unserer Typhusdauerausscheider nicht auf Typhus-, sondern auf Paratyphus-Bazillen agglutinierte.[2])

Aus unseren Beobachtungen ergeben sich weiter die Folgerungen, daß das Auffinden der Widalschen Reaktion durchaus nicht die Diagnose Typhus oder Paratyphus sichert. Wir haben einmal gesehen, daß die Typhus- oder Paratyphusreaktion des Blutes schon als zufälliger, gar nicht seltener Befund vorhanden ist, und daß weiter der jeweilige positive Ausfall der Reaktion nicht regelmäßig der erwarteten Bazillenart entspricht. Aus diesem Grunde müssen wir davor warnen, bei fieberhaften Erkrankungen nur aus dem Ausfall der Widalreaktion die scheinbar berechtigten Konsequenzen zu ziehen. Wir müssen vielmehr verlangen, daß zur Stellung der Diagnose Typhus oder Paratyphus neben Berücksichtigung der jeweiligen klinischen Syndrome, auf die wir nicht näher einzugehen brauchen, der bakteriologische Nachweis der entsprechenden Bazillen erbracht wird. Dieser Nachweis wird in fortgeschritteneren Krankheitsfällen leicht erbracht werden durch bakteriologische Untersuchung der Fäzes und des Urins. Keinesfalls aber darf man bei verdächtigen Fällen die bakteriologische Venenblutuntersuchung[3]) unterlassen, die nach wissenschaftlichen Forschungen neuerer Zeit positive Bazillenresultate ergibt, wenn das Blut noch keine Zeit gefunden hat, Schutzstoffe zu bilden, also noch nicht agglutiniert.

An dieser Stelle möchten wir nicht verfehlen auch darauf hinzuweisen, daß ja die Widalreaktion auch dann positiv sein kann, wenn ikterische Störungen vorliegen. Wir erinnern uns hier eines Falles unserer gemeinsamen Tätigkeit, wo bei fieberhafter Bronchitis und lobulär pneumonischen Herden, der wiederholt schwach positive Typhuswidal sich plötzlich durch einen leichten Ikterus erklärte, und nach dessen Abklingen wieder verschwand. Ob diese Agglutinationsfähigkeit des Serums Ikterischer auf die Gallenfarbstoffe im Blut zurückzuführen ist, oder auf das Vorhandensein von Koliarten im Darm, die ja mit dem Typhusbazillus eine gewisse Verwandtschaft haben, wie wohl von Strümpell annimmt, wollen wir an dieser Stelle nicht erörtern.

Ehe wir unsere Betrachtungen schließen, möchten wir noch darauf hinweisen, daß eine Diagnose, die sich nur auf einen positiven Widal stützt, unter Umständen außer einer schweren Fehldiagnose auch eine schwere soziale Schädigung bedeuten kann. Nehmen wir als Beispiel einen fieberhaft erkrankten Fleischer, dessen Blut positiven Widal gibt. Der behandelnde Arzt erstattet nun über diesen, allein auf Grund der Blutagglutination, gemäß der Meldepflicht bei ansteckenden Krankheiten Anzeige. Was erfolgt? Eventuell die Schließung des Geschäftes mit all' ihren pekuniären Folgezuständen und dabei hätte der behandelnde Arzt in Kenntnis der zum Teil auch durch unser großes Material begründeten Erfahrungen unter Berücksichtigung aller gegebener Kauteln in der Lage sein müssen, die positive Reaktion lediglich als einen harmlosen Nebenbefund aufzufassen.

Trotzdem sprechen wir der Gruber-Widalschen Reaktion nicht ihren Wert ab; wir erkennen wohl an, daß sie eine Schutzreaktion des Körpers auf Bazillen der Typhusgruppe bedeutet, die entweder einer früheren oder momentanen bazillären Invasion bezw. der Wirkung von deren Giften entspricht, müssen aber davor warnen, sie als ein-

[2]) Nach Fertigstellung der Arbeit haben wir auf der Männerabteilung noch 3 Typhusdauerausscheider gefunden; von diesen agglutiniert 1 überhaupt nicht, 1 auf Typhus- und wieder 1 auf Paratyphus-Bazillen. Wahrscheinlich werden noch mehr Dauerausscheider gefunden werden auf Grund weiter fortgesetzter Nachforschungen in der Gesamtanstalt.

[3]) Mit Gallenkultur.



wandfrei sicheres Diagnostikum ohne bakteriologischen Nachweis der Bazillen und ohne Nachweis der klinischen Symptome zu betrachten. Unbedingt muß das Auftreten der Gruber-Widalschen Reaktion zu weiteren bakteriologischen Untersuchungen auffordern!

Zum Schluß bemerken wir noch, daß wir uns wohl bewußt sind, in unseren Ausführungen dem Bakteriologen vielleicht nicht viel Neues zu bringen. Wir können nur durch unser reiches Material seine Errungenschaften erhärten aus den Erfahrungen der Praxis heraus, hoffen aber damit gleichzeitig den auch wie wir in der Praxis stehenden Kollegen durch unsere Darlegungen manche nicht unbeachtliche Anregung geboten zu haben.

Über die Ausbildung des Pflegepersonals.[1])

Von Oberarzt Dr. **C. Wickel**, Prov.-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen (Posen).

Schon im Jahre 1896, im Juni, bei der III. Jahressitzung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie war der Unterricht des Irrenpflegepersonals Gegenstand eines Vortrages, welchen Mercklin[2]), damals Oberarzt in Lauenburg, gehalten hat. Unter Ablehnung von Landes- oder Provinzial-Pflegerschulen trat er für einen regelmäßigen, planmäßigen Unterricht des Pflegepersonals an den einzelnen Anstalten ein, in besonderen Stunden und Kursen, verbunden mit Wiederholungen. Schon damals erklärte er eine den Unterricht abschließende Prüfung für nötig. Er befürwortete die Einrichtung offizieller Prüfungen durch vom Verein deutscher Irrenärzte eingesetzte Kommissionen und die Erteilung von Zeugnissen.

In demselben Jahre, im September 1896, hatte der Deutsche Verein für Psychiatrie die Pflegefrage[3]) auf die Tagesordnung seiner Jahresversammlung gesetzt. Bezüglich des Unterrichtes kam der Verein damals zu dem Schlusse: Jede Anstalt soll ihr Pflegepersonal möglichst selbst heranbilden. Direktor und Ärzte der Anstalt sollen das Pflegepersonal in der Krankenpflege unterrichten. Besondere Landes- und Provinzial-Pflegeschulen wurden auch hier entschieden abgelehnt.

Im Jahre 1897 auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie befürwortete Siemens[4]) ein Preisausschreiben für einen Leitfaden zum Unterricht des Pflegepersonals an Irrenanstalten und trat für offizielle Prüfungen nach Abschluß des Unterrichts, nach dem Vorbilde anderer Länder, ein. Er stellte die These auf: Das Irrenpflegepersonal soll sich nach mindestens zweijähriger Dienstzeit und Ausbildung einer Prüfung unterziehen, zu welcher vom Verein ein Delegierter entsandt wird. Über die bestandene Prüfung sind Zeugnisse auszustellen. Dieser These wurde damals nicht beigetreten, eine offizielle Prüfung wurde als nicht wünschenswert bezeichnet. Dagegen wurde das Preisausschreiben für einen Leitfaden angenommen und ihm verdanken wir den vorzüglichen Leitfaden für Irrenpflege von Scholz.

Wenn auch Siemens bereits 1897 sagen konnte, daß es wohl keine Anstalt in Deutschland mehr gibt, in welcher nicht dem Pflegepersonal, außer einer genauen Unterweisung an der Hand seiner Dienstanweisung und der Hausordnung, ein methodischer Unterricht in der Krankenpflege, insbesondere in der Pflege der Geisteskranken zuteil wird, so hat doch zweifellos seit jener Zeit der regelmäßige und systematische Unterricht des Pflegepersonals in den einzelnen Anstalten noch weiteren Eingang gefunden und zumal durch den Scholzschen Leitfaden eine bessere und gleichmäßigere Ausgestaltung erfahren.

Im Jahre 1900 hat Mercklin[5]) nochmals vor dem Nordostdeutschen Verein für Psychiatrie und Neurologie über den Fachunterricht des Pflegepersonals gesprochen. Er konnte über gute Erfolge berichten. Er hielt eine Prüfung nach Abschluß des Unterrichtskurses für unerläßlich. Die Prüfung erfolgt durch den unterrichtenden Arzt, der Direktor soll zugegen sein und sich an der Prüfung durch Fragen beteiligen. Die Resultate der Prüfung sind

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten auf der 21. Jahres-Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 7. Juni 1914 in der Provinzial-Heilanstalt Lauenburg i. P.

[2]) Mercklin, Der Unterricht des Irrenpflegepersonals. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. 1897 Bd. 53 S. 575, und Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1896, Sept.

[3]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. 1897 Bd. 53 S. 799 ff.

[4]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. 1898 Bd. 54 S. 898 ff.

[5]) Mercklin. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. 1901 Bd. 58 S. 760 f., und Psychiatr.-Neurologische Wochenschr. 1900 Nr. 17 S. 169 ff.



aktenkundig zu machen und eventuell im Abgangszeugnis zu vermerken. Bei ungenügendem Ausfall der Prüfung erfolgt nochmalige Teilnahme am Unterricht.

Dieses in Lauenburg i. P. und Treptow a. R. eingeführte Verfahren dürfte heute ziemlich allgemein das übliche sein, wobei wohl in der Regel Unterricht und Prüfung der Pfleger und Pflegerinnen getrennt erfolgt.

Aber auch später haben sich Stimmen gegen und für eine Prüfung erhoben. Deiters[6]) sprach sich 1903 entschieden gegen eine offizielle Prüfung aus. Bei der Besprechung der offiziellen Regelung des Pflegeunterrichts in Niederösterreich bemerkte er, daß es des Guten zu viel tuen heißt, einen so großen offiziellen Apparat in Bewegung zu setzen. Mit weniger Umständlichkeit dürfte man gleiches erreichen können. Und Adolf Hoppe[7]) hat 1905 nicht viel gegen eine Prüfung einzuwenden, wenn man ihrer zur Sicherung des Erfolges der Kurse nicht entbehren zu können glaubt. Er hält aber ihren Wert für einen durchaus suggestiven. Bresler[8]) äußerte bereits 1899 bei Besprechung des eben erschienenen Scholzschen Leitfadens den Wunsch, daß mit ihm auch der erste Schritt zur Einführung einer obligatorischen Prüfung des Pflegepersonals geschehe. Ich selbst[9]) plädierte 1907 in einem Aufsatze für eine offizielle Prüfung, ähnlich, wie in Niederösterreich mit dadurch zu erwerbenden günstigeren Gehalts-, Anstellungs- usw. Verhältnissen. Ich bemerkte, daß auch daran zu denken wäre, durch Extrakurse oder durch besondere Gestaltung der regelmäßigen Kurse, den Pflegern zu ermöglichen, das Heilgehilfenexamen zu bestehen, bei Pflegerinnen kämen Stellen als Gemeindepflegerinnen (Gemeindeschwestern) in Betracht.

In diesem Jahre hat Tomaschny[10]) eine Arbeit über die Frage des Pflegeunterrichtes veröffentlicht. Er ist für obligatorischen Unterricht für alle Pflegepersonen ohne Ausnahme und für ein obligatorisches Examen durch den Direktor und den unterrichtenden Arzt. Eine besondere Prüfungskommission erscheint ihm vorläufig nicht erforderlich. Die Note wird erteilt unter Einbeziehung der Gesamtleistungen. Nur dann darf sie für Erlangung gewisser Vorteile (Gehaltsaufbesserung, Aufrücken in bessere Stellen usw.) maßgebend sein. Der Lerneifer soll durch Aussetzen kleiner Prämien (Bücher usw.) erhöht werden. Er empfiehlt schon jetzt, wenigstens innerhalb der einzelnen Provinzen die Bestimmungen über den Pflegeunterricht einheitlich zu regeln. Er ist für Pflegeschulen, wenn das Irrenwesen einmal verstaatlicht werden sollte. Dann könnte, so fährt er fort, die Reform noch weiter um sich greifen und zu einer Erfüllung anderer zweckmäßiger Forderungen, wie die Einsetzung besonderer Prüfungskommissionen, Diplomierung der Geprüften usw. führen.

Die ganze Frage: ob inoffizielle Prüfung, ob offizielle Prüfung, ist m. E. nach dem Erlaß des Bundesrats vom 22. März 1906 durch den preußischen Ministerialerlaß vom 10. Mai 1907, welcher uns die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen[11]) gab, bereits in ein anderes Stadium getreten. Die Vorschriften stellen bestimmte Bedingungen und verlangen das Bestehen eines Examens, um die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson zu erhalten. Zugleich wurde bestimmt, daß die Krankenanstalten bei der Auswahl der erforderlichen Kräfte die geprüften Pflegepersonen bevorzugen sollen. Es ist also dem Krankenpfleger die Möglichkeit gegeben, sich durch Bestehen dieses Examens eine gehobenere und gesichertere Stellung zu verschaffen.

Der erste, welcher auf die Beziehungen zwischen diesem Ministerialerlaß und den Pflegeprüfungen hinwies, war Scholz.[12]) In seinem Vortrage „Die Ausbildung des Pflegepersonals" auf dem III. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge in Wien, 1908, sprach er sich für ein Examen nach Abschluß des Unterrichts aus, mit dessen Bestehen staatliche Approbation, bessere Bezahlung und feste Anstellung erlangt werden. Er stellte die Teil-

6) Deiters, Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1903 Nr. 13 S. 144.

7) Hoppe, Zur Personalfrage. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. 1905 Bd. 62 S. 477 ff.

8) Bresler. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1899 Nr. 22 S. 200.

9) Wickel, Einiges zur Pflegerfrage. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1907 Nr. 16 S. 125 ff.

10) Tomaschny, Ein Beitrag zur Frage des Pflegeunterrichts. Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie Bd. XXV Heft 1 u. 2 S. 126 ff., Festschrift für Lauenburg.

11) Dietrich, Die Vorschriften über die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen. II. Aufl. Leipzig 1912. Verlag von Georg Thieme; und Rabe, Die Prüfungsordnungen des subalternen Heilpersonals in Preußen. Die Irrenpflege 1911 Nr. 1 S. 11 ff.

12) Scholz, L., Die Ausbildung des Pflegepersonals. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1909 Nr. 48 S. 409 ff.

nahme an dem Examen in das Belieben des Einzelnen. Dann fuhr er fort:

„Was nun den Krankenpflegern recht ist, das ist den Irrenpflegern billig. Die Irrenanstalten können auf die Dauer gar nicht zurückbleiben; auch sie werden ihrem Personal die Gelegenheit zur Approbation und damit indirekt zur sozialen Besserstellung nicht versagen dürfen. Übrigens ergeben sich aus der gesetzlichen Neuregelung der Krankenpflegerausbildung weitere Fragen von Bedeutung. Sollen in Zukunft Kranken- und Irrenpfleger die gleiche Ausbildung durchmachen und das gleiche Examen ablegen? Soll die Prüfung in der Irrenanstalt auch zur Tätigkeit in der Krankenanstalt berechtigen und umgekehrt? Oder sollen beide Berufe nichts miteinander zu tun haben — Irrenpfleger für sich und Krankenpfleger für sich?" Scholz geht auf diese Fragen nicht weiter ein als über den Rahmen seiner Ausführungen hinausgehend und noch verfrüht. Er schließt mit der Hoffnung, daß mit der staatlichen Organisation der Krankenpflegerausbildung jetzt auch eine neue Ära für den Beruf des Irrenpflegers anbreche.

Ein weiterer Ministerialerlaß[13]) vom 29. Juni 1910 führt nun u. a. folgendes aus: „Die Ausbildung des Pflegepersonals in den öffentlichen Anstalten für Geisteskranke durch Unterrichtskurse, Vorträge usw. erfolgt allgemein, wenngleich im einzelnen in Umfang des Stoffes, Häufigkeit des Unterrichts, in Abschluß durch eine Prüfung und in Wiederholungs- oder gehobenen Kursen wesentliche Unterschiede bestehen. Die Bedürfnisse weichen je nach den örtlichen und sonstigen Verhältnissen der Anstalten sehr voneinander ab. Es ist deshalb eine gleichmäßige Regelung des Unterrichts usw. nicht angezeigt. Jedoch wird es als erwünscht angesehen, einen Teil der Stellen, insbesondere die der Oberpfleger oder des in gehobenen Stellungen tätigen Pflegepersonals mit Personen zu besetzen, die staatlich als Krankenpfleger anerkannt sind." —

In der Tat sind diese in dem Erlaß erwähnten Unterschiede noch recht erheblich. Die einen begnügen sich mit 12 Stunden, andere halten 17 bis 20 Stunden ab, manche 26 bis 30, wieder andere 50 Stunden und darüber. Daraus kann man schon auf den Umfang des Gebotenen und auf das Eingehen auf das Einzelne schließen. Manche Anstalten lassen nach dreimonatiger Probezeit eine Prüfung vor dem Direktor ablegen, manche lassen ihr Pflegepersonal erst nach $^1/_2$ bis 1 Jahre zum Unterricht zu, andere geben zunächst informatorisch den neu Eintretenden sofort einige Stunden (Besprechung der Dienstanweisung, Hausordnung usw.) und beginnen mit dem eigentlichen Kurs erst, wenn eine größere Zahl neuer Pflegepersonen zusammen ist, manche unterrichten nur im Winter usw. Die Art des Unterrichts ist häufig nicht festgelegt, sondern den Unterrichtenden freigegeben. Es besteht nur die Bestimmung, daß dem Pflegepersonal von den Ärzten Unterricht zu erteilen ist, ohne nähere Ausführungen.

Hierin ist, wie ich schon 1907 ausführte, eine Änderung erwünscht. Es müßten mindestens, wie es auch Tomaschny empfiehlt, bestimmte, behördliche Vorschriften darüber gegeben werden, wie der Unterricht zu gestalten ist, wer ihn zu erteilen hat, wie und vor wem das obligatorische Examen abzulegen ist. — Es würde das also gewissermaßen eine provinzielle Approbation sein.

Wenn 1897 noch gesagt wurde, daß für den Irrenpfleger sogar etwas Beschränktheit nötig sei, so werden wir das heute kaum mehr verstehen. Und wenn Ganser[14]) ebenfalls 1897 unter Hinweis auf den großen Wechsel des Personals die den Unterricht abschließende offizielle Prüfung als der Entwicklung der Pflegerfrage in Deutschland weit vorgreifend bezeichnete, so trifft das heute nicht mehr zu. Die bessere Gestaltung der Lage des Pflegepersonals hat es auch bodenständiger gemacht, und die ganzen modernen Anschauungen drängen geradezu, wie bei der allgemeinen Krankenpflege, auch bei der Irrenpflege nach einem obligatorischen, offiziellen Examen, welches dem Publikum mit eine Gewähr dafür gibt, daß seine Kranken einem guten, durchaus geschulten und unterrichteten Pflegepersonal anvertraut sind.

Und warum soll auch das Irrenpflegepersonal hinter dem allgemeinen Krankenpflegepersonal zurückstehen?

Wenn gesagt wird, daß das Irrenpflegepersonal die eingehende Ausbildung in der Pflege körperlich Kranker nicht gebrauche, daß das zu weitgehend sei, so bin ich ganz anderer Ansicht. Es kann gar nicht gut genug ausgebildet sein und ist auch meinen Erfahrungen nach, in der großen Mehrzahl, durchaus dem gebotenen weitergehenden Stoff gewachsen. Es stammt ja im wesentlichen aus den gleichen Kreisen, wie das andere Pflegepersonal auch. Die stärkere Betonung der Irrenpflege ergibt sich bei dem Unterricht in der Anstalt ganz

[13]) Zeitschr. f. Medizinal-Beamte 1910, Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 15 S. 115. — Siehe auch Die Irrenpflege 1910 Bd. XIV Nr. 7 S. 188.

[14]) Ganser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. usw 1898 Bd. 54 S. 905.

von selbst. Was Tomaschny in seiner Arbeit als Stoff für den Unterricht (eigentlicher Kurs und erweiterter Kurs) anführt, steht dem in dem offiziellen Krankenpflegeexamen verlangten kaum nach.

Ich bin daher der Ansicht, daß man nicht bei halben Maßregeln stehen bleiben soll, daß vielmehr die öffentlichen Irrenanstalten dahin streben müssen, als Krankenpflegeschulen staatlich anerkannt zu werden. Jeder Pfleger und jede Pflegerin muß sich an dem Lehrgang beteiligen und sich dem Examen unterziehen. Mit Bestehen des Examens muß wesentlich höheres Gehalt und feste Anstellung verbunden sein. Hierdurch würde zugleich der teilweise noch erhebliche Wechsel des Pflegepersonals beseitigt. Vor dem Examen genügt ein verhältnismäßig niedriges Gehalt, denn es handelt sich ja da um Personen, welche erst etwas lernen sollen, welche also etwas von der Anstalt erhalten. Wer das Examen nicht besteht, muß auf die dadurch zu erlangenden Vorteile verzichten. Auf Einzelheiten will ich hier nicht weiter eingehen. Soweit ich weiß ist bis jetzt erst die Psychiatrische und Nerven-Klinik in Kiel als Krankenpflegeschule staatlich anerkannt. Von einer Anstalt ist mir nichts bekannt geworden.

Will man nicht soweit gehen, so gibt es nur schlechtere Wege, um dem Irrenpflegepersonal die Möglichkeit zu geben, sich die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson zu erwerben und dadurch dem Ministerialerlaß gerecht werden zu können.

In § 6 der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen heißt es nämlich: Personen, welche eine der in § 5 Nr. 6 bezeichneten Krankenpflegeschulen nicht besucht haben, können ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie den Nachweis einer mindestens gleichwertigen Ausbildung in der Krankenpflege beibringen. Über die Zulassung solcher Ausnahmen behält sich der Minister die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.

Es wäre also in diesem Falle generell zu erstreben, daß das in den Irrenanstalten ausgebildete Pflegepersonal, soweit es sich dem Examen für staatliche Anerkennung unterziehen will, um in Oberpfleger- oder gehobene Stellen aufrücken zu können, ohne weiteres an dem Examen der nächsten staatlich anerkannten Krankenpflegeschule teilnehmen kann.

Den Modus, an allgemeinen Krankenanstalten ausgebildetes, staatlich anerkanntes Pflegepersonal für die Oberpflege- und die gehobenen Stellungen der Irrenanstalten anzunehmen, wird wohl niemand gut heißen.

Ich sehe also die Lösung der Ausbildungsfrage des Pflegepersonals darin, daß die Irrenanstalten staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen werden, und daß das nach Ablauf der Ausbildung abzulegende Examen das offizielle Irrenpflegeexamen ist.

Über Diafor (acetylsalicylsaurer Harnstoff).

Von Prof. Dr. **Hübener**, Bonn.

Diafor ist eine neue Verbindung der Acetylsalicylsäure mit Harnstoff von folgender Zusammensetzung:

$$C_6H_4 \left\langle \frac{O\,CO\,CH_3}{CO\,OH} \right. \times CO \left\langle \frac{NH_2}{NH_2} \right. ,$$

besteht also aus einem Molekül Acetylsalicylsäure und einem Molekül Harnstoff. Das Präparat stellt ein weißes Pulver dar von schwach saurer Reaktion; es ist leicht löslich in Alkohol, dagegen ziemlich schwer löslich in Wasser, indessen bedeutend leichter als die Acetylsalicylsäure selbst.

Die bis dahin bekannten bezw. zur therapeutischen Verwendung kommenden Salze der Acetylsalicylsäure, wie z. B. die Calcium- und Lithion-Salze leiden an dem Übelstand, daß sie öfters eine erhebliche Beimischung von Salicylsäure enthalten und schon nach kurzer Zeit eine Abspaltung der Acetylgruppe erkennen lassen, wodurch diese Präparate an Wirksamkeit einbüßen und mitunter schlecht vertragen werden. Auch konnte man beobachten. daß die aus diesen genannten Salzen hergestellten Tabletten sehr bald nicht mehr die wünschenswerte leichte Zerfallbarkeit und Löslichkeit zeigten, zweifellos bedingt durch die stattgefundene Abspaltung der Acetylgruppe.

Der acetylsalicylsaure Harnstoff, oder auch Diafor genannt, scheint dagegen ein unbegrenzt haltbares Präparat zu sein; eine Veränderung konnte selbst nach längerer Aufbewahrung nicht festgestellt werden, auch nicht bei den Tabletten, welche sehr leicht im Wasser zerfallen.

Diese günstigen Eigenschaften des neuen Präparates haben uns veranlaßt, eine genauere Prüfung desselben in der psychiatrischen Klinik zu Bonn vorzunehmen. Es war von vornherein anzunehmen, daß die Indikationen für Diafor die-



selben seien wie für die üblichen Salicylpräparate. Die Diafor-Tabletten wurden gegen Schmerzen der verschiedensten Art angewandt. In erster Linie bei funktionellen Erkrankungen (Neurasthenie, Hysterie). Hier kam die Wirkung derjenigen der Aspirin-Tabletten durchaus gleich. Ebenso prompt war die Wirkung in zwei Fällen von Gelenkschmerzen nach überstandenem Gelenkrheumatismus, in einem Falle von Herpes zoster wurden die Schmerzen gleichfalls günstig beeinflußt. Ferner in mehreren Fällen von Trigeminusneuralgie. Zwei der Patienten berichteten unaufgefordert darüber, daß sie auch eine beruhigende und schlafbringende Wirkung von dem Mittel verspürt haben wollten (ein Fall von Hysterie, ein Fall von Trigeminusneuralgie). Möglicherweise ist diese beruhigende und schlafbringende Wirkung der Diafor-Tabletten auf die Bildung von Acetylharnstoff im Darmkanal aus dem acetylsalicylsauren Harnstoff zurückzuführen; denn es ist bekannt, daß dem Acetylharnstoff leicht beruhigende Eigenschaften zukommen.

Es muß noch erwähnt werden, daß die Diafor-Tabletten in den vielen angewandten Fällen sehr gut vertragen wurden und den Magen in keiner Weise belästigten; die Dosis betrug in der Regel dreimal 2 Tabletten pro die.

Auf Grund unserer Versuche konnten wir feststellen, daß die Diafor-Tabletten nicht nur ein gutes Ersatzmittel für das Aspirin darstellen, sondern auch, daß ihnen speziell in der neurologischen Praxis gewisse Vorzüge vor dem Aspirin zukommen.

Die Diafor-Tabletten werden hergestellt in der Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate von Dr. Schütz & Co. zu Bonn a. Rhein, und in Röhren von 20 Stück à 0,66 g in den Handel gebracht zum Preise von M 1,—.

Mitteilungen.

— Unter dem Titel: **„Über die Beziehungen der allgemeinen nervösen Symptome im Frühstadium der Syphilis zu den Befunden des Lumpalpunktats"** berichten Prof. Wilhelm Wechselmann und Dr. Elly Dinkelacker in Berlin in der Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 25 S. 1382 bis 1385 über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen in der dermatologischen Abteilung des Virchowkrankenhauses in Berlin:

Die wichtigsten nervösen Störungen im Frühstadium der Syphilis sind Kopfschmerz, Störungen des Schlafes, Rhachialgie und rheumatische Schmerzen, motorische Asthenie, allgemeines Krankheitsgefühl, Veränderungen im psychischen Verhalten, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Augenflimmern, Ohrensausen, Herzklopfen, Anomalien im Gebiet des Trigeminus, Fazialis, Olfaktorius.

Das Lumpalpunktat wurde untersucht auf die Nonnesche Reaktion, die Langesche Goldreaktion und die Wassermannsche Reaktion. Die Zellen des zentrifugierten Liquor wurden gefärbt und ihre Menge auf dem Deckglas bestimmt.

Von 221 Patienten — 151 Frauen und 70 Männer —, bei welchen die Lumbalpunktion in den ersten Tagen ihres Eintritts ins Krankenhaus vor oder ganz im Beginn der Salvarsankur gemacht wurde, hatten positiven Lumbalbefund 158, davon nervöse Symptome 98 = 40% der Fälle, keine nervösen Symptome 60 = 27% der Fälle, negativen Lumbalbefund 63, davon hatten nervöse Symptome 32 = 14% der Fälle, keine nervösen Symptome 31 = 14% der Fälle.

Man muß in jedem Falle punktieren, auch wenn der Patient nicht über nervöse Beschwerden klagt. Vorhandensein nervöser Symptome bei negativem Lumbalpunktat beweist im Anfang nichts; das Punktat kann erst später positiv werden. Man soll daher nicht gleich im Beginn der Erkrankung, sondern erst einige Wochen später punktieren; Veränderungen des Lumbalpunktats werden dann weniger übersehen werden.

Das Zentralnervensystem war bei positivem Ausfall der Liquoruntersuchung erkrankt bei 151 Frauen 131 mal = 86%, bei 70 Männern 59 mal = 84%. Danach wäre nicht eine besondere Disposition, sondern nur bessere Entwicklungsmögichkeiten (Alkoholismus, Lebenskampf) zur Erklärung des häufigeren Vorkommens von Hirnsyphilis, Paralyse und Tabes bei den Männern anzunehmen.

Resultat: In 3 Fällen besserte sich das Lumbalpunktat konform mit der Besserung der nervösen Symptome (Salvarsan). In anderen Fällen besserten sich die nervösen Symptome ohne sonderliche Beeinflussung des Lumbalpunktats; oft traten dann auch Rezidive der nervösen Störungen auf, meist im Verlauf weniger Monate (vermutlich ungenügende Behandlung).

In 3 Fällen trotz Behandlung keine Beeinflussung der nervösen Beschwerden und des Lumbalpunktats.

Rezidiv oder Fortbestehen der nervösen Symptome kann aber auch bei bedeutender Besserung des Lumbalpunktats vorkommen.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß trotz der weitgehenden Besserung, ja trotz normalen Befundes der Zerebrospinalflüssigkeit an den Meningen oder am zentralen Nervensystem noch Krankheitsprozesse sich abspielen, welche in der Lumbalflüssigkeit sich nicht manifestieren und deren Ausscheidungen nicht ins Lumbalpunktat gelangen.

In der größeren Anzahl der 60 Fälle ohne nervöse Symptome war in 66% das Punktat nur leicht verändert.



2 von diesen Patienten zeigten auch späterhin keine Krankheitssymptome des Zentralnervensystems. Das Auftreten der WR. scheint stets prognostisch ungünstig zu sein.

Mittelschwer verändert war das Punktat in zirka 20% der Fälle. Bei 2 zur weiteren Beobachtung gekommenen zeigte sich, daß das Fehlen nervöser Erscheinungen keineswegs ein Maßstab für Intaktheit des zentralen Nervensystems ist, denn im Zentralnervensystem bestehende Herde können erst viel später klinisch manifest werden.

In 8 = 13,5% der Fälle fand sich ein ganz schwer verändertes Lumbalpunktat mit stark positiver Wassermannscher Reaktion im Punktat. Davon waren unbehandelt 4, mit Hg behandelt 4 und zwar ohne Erfolg.

Hauterscheinungen hatten sieben; paralyseverdächtig war keiner von ihnen. Bei einer Patientin fand sich eine Pupillendifferenz, bei einer eine Neuritis optica.

Ein positiver Lumbalbefund bei Abwesenheit nervöser Symptome ist also relativ häufig. Der Grund kann nicht in einer völligen Nichtbehandlung im Anfang liegen. Durch Einengung der syphilitischen Symptome auf der Haut durch eine ungenügende Behandlung wird eine Ausbreitung der Syphilis im zentralen Nervensystem nicht angeregt. Das zentrale Nervensystem wird von vornherein bei der Allgemeinausbreitung der Syphilis infiziert und dessen Heilung hält nicht gleichen Schritt mit der Abheilung der Hautsymptome (cf. Wechselmann, Salvarsantherapie Bd. II). Eine Behandlung kann ohne Kontrolle des Lumpalpunktats nicht als abgeschlossen gelten.

Bei den 32 Patientinnen mit ausgeprägten nervösen Symptomen, aber ganz normalem Lumbalpunktat waren letztere zum Teil ganz allgemeiner Art wie Mattigkeit und Kopfschmerz, zum Teil aber wiesen sie auf eine „organische" Erkrankung hin (Schwindel, Augenflimmern, Ohrensausen, Erbrechen).

Wahrscheinlich bestanden latente Herde im Zentralnervensystem oder an den Gefäßen, die sich im Punktat nicht oder noch nicht nachweisen ließen.

Alle diese 32 Patienten waren nach Salvarsanbehandlung subjektiv gebessert. Eine zweite Punktion wurde leider nicht zugelassen. Das Lumbalpunktat zeigt nur meningeale Entzündungen an, deren Produkte in die Lumbalflüssigkeit abfließen. Es können Veränderungen an den Gefäßen ohne Störung des Liquors bestehen oder meningeale Entzündungsprozesse abgekapselt verlaufen ohne Produkte an den Liquor abzugeben.

Jeder Luetiker mit positivem Lumbalbefund, gleichgültig ob er nervöse Symptome hat oder nicht, soll behandelt werden. Ob man einen Patienten mit nervösen Symptomen und ganz normalem Liquor behandeln soll, bleibt noch zu beantworten; eventuell durch fortgesetzte Kontrolle, durch Provokation und auch ex juvantibus, bis bessere Kriterien gefunden werden.

— **Leipzig-Dösen.** Es ist ins Auge gefaßt, an die hiesige Anstalt eine Nervenabteilung für bemittelte Kranke d. h. eine Abteilung für psychische und nervöse Kranke besserer Stände anzugliedern, die Ausführung aber noch nicht entschieden.

Referate.

— Jentsch, E.: **Das Pathologische bei Otto Ludwig.** Wiesbaden 1913, Bergmann. 72 S.

Die Persönlichkeit des Dichters Otto Ludwig bietet für die biologisch-pathographische Analyse zahlreiche Anhaltspunkte und seine Werke, welche dem Psychopathologischen verständnisvoll eine Rolle zuweisen, reizen zur psychiatrischen Betrachtung.

Jentsch bietet uns in der vorliegenden Schrift eine feinsinnige, gründliche und formvollendete Studie. Einen besonders interessanten Abschnitt bilden die Selbstschilderungen Ludwigs über seine visionären Zustände beim poetischen Schaffen. Mercklin.

Personalnachrichten.

— **Gießen.** Für Psychiatrie habilitierte sich Dr. jur. et med. Matthias Heinrich Göring, seit 1. 10. 1913 Assistenzarzt an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten mit einer Probevorlesung über das Thema „Die Sittlichkeitsdelikte unter besonderer Berücksichtigung ihrer Begehung durch Geisteskranke".

— **Heidelberg.** Prof. Dr. Nissl wurde zum Geheimen Hofrat ernannt.

— **Bedburg-Hau.** Anstaltsarzt Dr. Göring seit 1. 10. 1913 auf 2 Jahre ohne Gehalt beurlaubt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 18. 1. August **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Über das belgische Irrenwesen.

Nach dem amtlichen Bericht[1]) erstattet von Dr. G. **Werner,** Bedburg-Hau.

Obwohl von verschiedenen Seiten eine Reform des belgischen Irrengesetzes von 1873 schon öfters angeregt wurde, hat sich die Regierung doch noch nicht entschließen können, den Kammern einen neuen Entwurf vorzulegen. Einmal schienen ihr die neuen Theorien in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken noch nicht genügend praktisch erprobt, zum anderen bestanden noch unüberbrückbare Gegensätze zwischen den beiden Forderungen: Schutz der Allgemeinheit vor Geisteskranken und Schutz des Geisteskranken selbst vor ungerechtfertigter Internierung. Zweifellos wird das neue Gesetz diese beiden Gesichtspunkte in Übereinstimmung bringen müssen. Inzwischen bietet aber noch das alte Gesetz in seiner weiten Fassung den Irrenanstalten genügend Raum für angemessene Neuerungen, und der Regierung die Möglichkeit, nach Bedarf selbst Neuerungen einzuführen und anzuordnen. Einstweilen hat die Regierung aus Ärzten und Verwaltungsbeamten eine Kommission gebildet, welche sich damit beschäftigt, im Ausland die Gesetzgebung, die innere Organisation der Anstalten, die Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals, die Verwaltung und alles, was sonst noch dazu gehört, zu studieren. Außerdem soll sich diese Kommission noch mit den Maisons de santé und der Fürsorge für Trinker und Minderwertige befassen.

Seit 1912 liegt die oberste Aufsicht in den Händen eines ärztlichen Inspektors und zweier Kommissare, die das Zentralkomite bilden, außerdem können noch die amtlichen Sachverständigen für Bau- und Rechnungswesen aus dem Ministerium hinzugezogen werden. Aufgabe des Komites ist es, die vom Minister gestellten Anfragen zu erledigen, selbst Vorschläge zu machen und die Statistik zu bearbeiten. Außer diesem Komite, das Visitationen nach eigenem Ermessen abhalten kann, ist auch noch der Staatsanwalt verpflichtet, alle drei Monate die Anstalten seines Bezirks zu besuchen, mit der besondern Aufgabe, in jedem Fall die gesetzmäßige Aufnahme zu prüfen.

Die Hauptsache in der Organisation der Anstalten ist die Regelung des ärztlichen Dienstes und grade dieser Punkt ist am lebhaftesten kritisiert worden. Das Gesetz schreibt in Artikel 3 nur ganz allgemein eine den ärztlichen und sanitären Anforderungen entsprechende Regelung dieser Frage vor, und bietet der Regierung mit diesem Aufsichtsrecht die Möglichkeit, durch systematische Reformen die ärztliche Versorgung auf eine den Anforderungen der modernen Wissenschaft entsprechende Höhe zu bringen. Ferner liegt es aber auch nach dem Gesetz den Kommunen und nicht dem Staat ob, für ihre Geisteskranken zu sorgen. Auch in den Nachbarstaaten, die sonst als Muster hingestellt werden, ist es so geregelt, außerdem würde die Übernahme der Sorge für Geisteskranke durch den Staat auf ganz erhebliche finanzielle Schwierigkeiten stoßen. — Die wichtigste bis jetzt eingeführte Reform besteht darin, daß es den Direktoren der größeren Anstalten untersagt ist, Privatpraxis zu treiben, dann

[1]) Quatorzième Rapport sur la situation des Asiles d'Aliénés du Royaume, Années 1892—1911. Brüssel 1913. Herausgegeben vom Justizministerium.



müssen sie in der Nähe der Anstalt wohnen und sich schriftlich verpflichten, mit 67 Jahren ihren Abschied einzureichen. Seit 1911 müssen sich ferner die Hilfsärzte, welche früher nur die körperlichen Krankheiten behandelten, während der Direktor nur rein psychiatrisch tätig war, auch unter Anleitung des Direktors mit der Behandlung der Geisteskrankheiten beschäftigen, um den Psychiater im Falle seiner Abwesenheit vertreten zu können. Dann ist oft beanstandet worden, daß das Gehalt des Arztes sich nach der Anzahl der Anstaltsinsassen richtete, indem pro Kopf eine bestimmte Summe bezahlt wurde, da man befürchtete, zwar nicht daß ein geheilter Kranker nicht rechtzeitig entlassen würde, denn für so gewissenlos kann man keinen Arzt halten, daß aber doch bisweilen die Überführung in eine Kolonie nicht früh genug erfolgen würde. In Zukunft sollen nun die Ärzte mit festem Gehalt in drei Steigerungen angestellt werden. Schließlich ist die kurzfristige Amtsdauer von 1—2 Jahren mit Recht, als nicht im Interesse einer guten ärztlichen Versorgung liegend, getadelt worden. Andrerseits ist auch eine sofortige lebenslängliche Anstellung nicht unbedenklich, da von der Wahl des richtigen Arztes unter Umständen das Wohl und Wehe der Anstalt abhängt. Es wird dafür vor der definitiven Anstellung eine Probezeit von 5 Jahren befürwortet.

In den beiden Staatsanstalten Mons und Tournai, sowie der Kolonie Gheel ist man mit gutem Beispiel vorangegangen. Früher war dort der Direktor, welchem auch die gesamte Verwaltung untersteht, der einzige Psychiater, seit 1908 werden auch psychiatrisch vorgebildete Assistenten angestellt und zwar sind jetzt in Mons für 580 Kranke außer dem Direktor noch ein psychiatrischer Assistent und ein Arzt für die körperlich Kranken, in Tournai bei 900 Kranken außer dem Direktor noch 4 Ärzte tätig, wovon 2 Psychiater sind. Diese Herren haben im Ausland sich vorgebildet und sind in den ersten Jahren verpflichtet, jährlich eine Reise zu unternehmen, um an einer psychiatrischen Klinik Studien zu treiben, dafür sind sie auf ihren Abteilungen selbständig. In der Kolonie Gheel wirken neben dem Direktor, dem die Zentralanstalt besonders unterstellt ist, noch 5 Ärzte, die sich in die verschiedenen Sektionen geteilt haben.

Gänzlich geändert hat sich der äußere Anblick der Anstalten. Alles gefängnisartige ist nach Möglichkeit beseitigt worden, die hohen Mauern sind durch Gatter ersetzt, Blumenanlagen befinden sich in den Gärten, die Mahlzeiten werden an kleinen Tischen eingenommen, die Mehrzahl der Kranken trinkt aus Gläsern. Seit 1911 wird das Bier durch erfrischende Getränke ersetzt; Bade- und Bettbehandlung, und die Absonderung der erregten Kranken in besondere Zimmer haben ganz wesentlich dazu beigetragen, die Ruhe auf den Abteilungen herzustellen. Gas oder elektrische Beleuchtung ist allgemein eingeführt, die Zentralheizung besteht an allen großen Anstalten. — Nach den Inspektionsberichten ist das Pflegepersonal im allgemeinen auf der Höhe seiner Aufgabe, gefährliche Angriffe sind äußerst selten. Entweichungen werden sich bei der freieren Behandlung nie ganz vermeiden lassen, ebenso Selbstmorde. Eine Schuld des Personals konnte fast in keinem Falle festgestellt werden. Seit 1903 ist das Verhältnis von 1 Pflegeperson zu 8 Kranken auf den Abteilungen für Erregte und Unreinliche festgesetzt worden, früher war es 1 : 10. Bis 1908 ließ die Überwachung in der Nacht viel zu wünschen übrig, seitdem muß jede Anstalt eine Abteilung mit ständiger Nachtwache haben, in den übrigen Abteilungen genügt es, wenn eine Pflegeperson in einem Zimmer neben dem Schlafraum liegt und daß eine Runde stündlich durchgeht. Für den Dienst wird das Personal besonders ausgebildet und muß ein Examen bestehen; den Unterricht erteilt der Arzt; z. Zt. sind von 1891 Pflegepersonen 535 diplomiert. Alle Staatsanstalten und die Mehrzahl der großen Privatanstalten haben besondere Beobachtungsstationen für die Neuaufnahmen. Die Anwendung von Zwangsmitteln ist, wenn auch noch nicht ganz beseitigt, so doch auf ein Minimum herabgesunken. Gewisse Anstalten haben sie ganz beseitigt.

Ganz besonders nachdrücklich werden Einrichtungen für Dauerbäder und allgemeine hygienische Maßnahmen gefordert, auch ist seit 1900 der jedem Kranken zustehende Luftkubus festgesetzt. Auf die Arbeitstherapie wird immer mehr Gewicht gelegt, einige Anstalten geben ihren arbeitenden Kranken eine Vergütung in Geld, so bekommen die Kranken in Tournai 2 Fr. pro Woche. Für die Unterhaltung der Kranken dienen Ausflüge und kleine Feste, wofür fast alle Anstalten einen besonderen Saal besitzen. Da die Besucher jetzt ihre Angehörigen auf der Abteilung besuchen können, überzeugen sie sich am leichtesten davon, daß die Irrenanstalt ein Krankenhaus und kein Gefängnis ist. Eine probeweise Beurlaubung kann bis auf 3 Monate gestattet werden. Entwichene können nur binnen 6 Monaten ohne neue Atteste eingeliefert werden. Die kriminellen männlichen Geisteskranken sind in Tournai untergebracht, 1912 waren es 400. Ein neues Haus zu 60 Betten ist

für die besonders Gefährlichen fast fertig gestellt, genau nach dem Muster des Bewahrungshauses in Bedburg (Rheinprovinz), ein zweites für die zu Fluchtversuchen und Komplotten neigenden Kranken geplant. Zu Mons befinden sich jetzt 60 kriminelle Frauen, für die auch ein besonderes Haus gebaut werden soll, um die übrige Anstalt in eine offene umwandeln zu können, was bisher unmöglich war. — Es soll versucht werden die Alkoholiker bei abstinenten Familien in den Kolonien Gheel und Lierneux unterzubringen.

Für die Pflege der geisteskranken Kinder und Idioten beiderlei Geschlechts wird jetzt in Spor von den Kreuzschwestern eine Anstalt eröffnet, auch sind Versuche mit der Familienpflege für geeignete Kinder in den 2 Kolonien angestellt worden.

Sehr gute Erfolge in der Erziehung epileptischer, schwachsinniger und minderwertiger Kinder haben auch die barmherzigen Brüder und Schwestern in ihren verschiedenen Anstalten erzielt, wo die Kinder nach Möglichkeit angehalten werden, ein Handwerk zu erlernen.

Eine Verfügung vom November 1907 trifft genaue Bestimmungen über die Vermögensverwaltung von Geisteskranken, die nicht entmündigt oder unter Pflegschaft stehen.

Bis zum Jahre 1892 war die provisorische Unterbringung von Geisteskranken in besondere Abteilungen von Krankenhäusern nicht gesetzlich geregelt. Hauptsächlich wurden dort die vorübergehenden Geistesstörungen auf alkoholischer Basis behandelt. Seitdem dürfen Kranke dort nur 3—4 Tage behalten werden, bis sie sich entweder beruhigt haben, oder die Formalitäten zur Aufnahme in eine Irrenanstalt erledigt sind. Außerdem bestehen noch am Hospital Saint Jean in Brüssel und Hospital Stuyvenberg in Antwerpen Sammelstellen für Geisteskranke, die von der Polizei oder ihren Angehörigen eingeliefert werden, auch können dort aus den andern Hospitälern Kranke eingeliefert werden, die Anzeichen einer geistigen Störung bieten. Die Dauer des Aufenthalts darf 3 Monate nicht übersteigen. Sie tragen wesentlich dazu bei, eine Überfüllung der eigentlichen Irrenanstalt zu verhindern und wäre eine Vermehrung dieser Krankenhausadnexe sehr erwünscht.

Im Jahre 1892 bestanden 42 Irrenanstalten, heute sind es 56, 26 für Männer, 13 für Frauen, 11 für beide Geschlechter. Unter den neuerrichteten Anstalten seien besonders erwähnt: Mortsel eröffnet 1895 für 500 Männer, seitdem noch bedeutend vergrößert und modernisiert, Dave, eröffnet 1901 für 650 Männer, eine der größten und am schönsten gelegenen Anstalten, mit einem besonderen Pavillon für 50 Landarbeiter, Fort Jacco bei Uccle eröffnet 1904, halb im Pavillonsystem, schließlich Caritas de Melle les Gand eröffnet 1908, für weibliche Pensionärinnen und einheimische Geisteskranke. Diese Anstalt ist ganz im Pavillonsystem nach deutschem Muster erbaut. Nur die Häuser für halb und ganz unruhige Kranke haben noch einen Holzzaun, alle andern Häuser sind offen. Die Zahl des Pflegepersonals ist daher etwas größer als sonst üblich, aber die Vorteile der freien Behandlung sind demgegenüber zu groß, die befürchteten Nachteile, Selbstmorde und Entweichungen sind nicht eingetreten, im Gegenteil geringer als in andern Anstalten, so daß diese Anstalt hoffentlich vorbildlich in Belgien wirken wird. Ein besonders geräumiger und lichter Pavillon ist für die Tuberkulösen bestimmt. Verfasser konnte sich im Herbst 1912 von der wirklich modernen Einrichtung dieser Anstalt überzeugen. Der für den einzelnen Kranken bestimmte Luftkubus geht sogar erheblich über das in der Rheinprovinz übliche Maß hinaus. Da die gemachten Erfahrungen so günstig sind, soll bei Namur eine zweite Anstalt für Frauen und Kinder nach demselben System errichtet werden.

Der Überführung von Kranken, welche sich für Familienpflege eignen, in die beiden Kolonien Gheel und Lierneux stand häufig die weite Entfernung entgegen. Die Kranken wollten nicht auf den Besuch ihrer Angehörigen verzichten. Es ist daher die Errichtung einer dritten Kolonie in Masnuy-Saint-Jean für Kranke der Anstalt Mons in die Wege geleitet. Ebenso sind Versuche mit der Familienpflege bei Tournai gemacht worden. Seit 1912 ist die Kolonie Gheel unter rein ärztliche Leitung gestellt; die Revisionen werden von einem Komitee unter dem Vorsitz des Gouverneurs der Provinz ausgeführt. Zahlreiche Pflegefamilien nehmen an den ärztlichen Krankenpflegekursen teil. Die Zahl der in Familien untergebrachten Kranken ist von 1819 im Jahre 1907 auf 2312 im Jahre 1911 gestiegen, darunter waren 347 holländischer Staatsangehörigkeit. Die Versuche mit der Unterbringung von Alkoholikern und anormalen Kindern sind günstig ausgefallen. Verfasser hat, ebenfalls 1912, der Familienpflege in Gheel einen Besuch abgestattet. Die ganze Gegend ist in Sektionen eingeteilt, denen je ein Arzt vorsteht. Jede Sektion hat ein Badehaus mit einigen Krankenzimmern, wo körperlich Erkrankte oder in die Zentrale zurückzubringende Leute zunächst Unterkunft finden. Bemerkenswert ist, daß nicht nur



chronisch Geisteskranke, sondern auch noch im akuten Zustande befindliche geeigneten Familien überwiesen werden, die bei uns sicher noch einer Wachsaalbehandlung bedürftig erscheinen würden. Aber in Gheel geht es eben auch so, und wenn die Statistik zeigt, daß die Mortalität 5%, die Zahl der gebessert und geheilt Entlassenen 25% beträgt, daß Entweichungen, Trunkenheit, Selbstmord und sexuelle Vergehen kaum bekannt sind, so dürften damit die praktischen Erfolge berechtigt erscheinende Bedenken zerstreuen. Freilich, ohne weiteres nachahmen läßt sich dieses System kaum, da sich wohl nirgends eine Bevölkerung wieder findet, die der Pflege der Geisteskranken in gleicher Weise Verständnis entgegenbringt. Nach der Legende wird allerdings die Pflege der Geisteskranken dort seit dem 6. Jahrhundert — bis 1852 unter geistlicher Leitung — betrieben.

Nach denselben Grundsätzen wird die Familienpflege in Lierneux geleitet, wo moderne Pavillons in der Zentralanstalt jetzt errichtet werden.

Noch nicht genügend ausgearbeitet sind die Bestimmungen über die in der eigenen Familie bleibenden Geisteskranken. Ihre Zahl ist in ständigem Steigen begriffen und belastet beträchtlich den Staat und die Provinzen.

Nach der Statistik betrug 1911 die Bevölkerung Belgiens 7 490 411, in Irrenanstalten waren untergebracht 19 021, das sind 2,54 ‰, in der eigenen Familie waren untergebracht 4 895 = 0,65 ‰. Die Unterhaltungskosten für 16 438 einheimische Geisteskranken betrugen 5 761 739 M, für die in der eigenen Familie verpflegten 1 023 260 M. Aufgenommen wurden 5030, entlassen 2857, gestorben 1831 (darunter 5 durch Selbstmord), unter den Entlassenen waren 1023 geheilt, 659 gebessert, 1175 unverändert. Alkoholiker wurden bei einem Bestand von 2085 aufgenommen 810, entlassen 794 (geheilt 209, gebessert 119, gestorben 208). Mit dem Strafgesetz in Konflikt kamen 168, freigesprochen wegen Geisteskrankheit wurden 107. Am 31. Dezember 1912 waren in Mons und Tournai 161 Verurteilte (150 m., 11 w.), 295 (250 m., 45 w.) Freigesprochene. — Die größte Anstalt Belgiens ist die Kolonie Gheel mit 2313 Geisteskranken, von den übrigen 55 Anstalten beherbergten eine über 900 (Tournai), eine über 800, drei über 700, vier über 600, sieben über 500, zwanzig unter 100 Geisteskranke.

Die Regierung weiß sehr wohl, daß die ärztliche Versorgung noch nicht überall auf der Höhe ist und daß manche Anstaltsbesitzer sich den modernen Forderungen gegenüber noch ablehnend verhalten, aber sie ist eifrig darauf bedacht, die vorwärtsstrebenden Anstaltsleitungen zu unterstützen und die säumigen energisch anzutreiben.

Ein Fall erfolgreicher Behandlung von Oberflächencarcinom nach Zeller, mitgeteilt unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse an Irrenanstalten.

(Aus der Großh. Bad. Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Geh. Medizinalrat Dr. Haardt.)

Von **Erwin Hoffmann**, Assistenzarzt.

In einer, bald nach Zellers Veröffentlichung über seine Krebsbehandlungsmethode erschienenen, kritischen Betrachtung betont Sanitätsrat Jacob Wolf (Berlin) ausdrücklich und mit Recht die Schädlichkeit einer vorzeitigen Propagation therapeutischer Maßnahmen, im speziellen Fall der Zellerschen Krebsbekämpfungsweise, in der Tagespresse, d. h. also in Laienkreisen, solange die Wirkung derartiger Mittel nicht eindeutig geklärt ist. Dieser Standpunkt entspricht voll und ganz der Meinung eines jeden gewissenhaften Arztes. Dem Drängen des Patienten, der jede ihm bekanntwerdende und Heilung versprechende Neuerung wahllos aufgreift, darf der Arzt natürlich nicht ausgesetzt sein; es muß ihm bei der Indikationsstellung vollkommen freie Hand zugesichert bleiben, er muß — unbeeinflußt von den Wünschen des Kranken — die Heranziehung neuer Mittel, in unserem Falle der Zellerschen Krebsbehandlung, beschränken können auf absolut geeignete Fälle. Solche Fälle gibt es unzweifelhaft: Alter, unüberwindliche Angst vor dem Messer, ungenügendes Zutrauen des Patienten zum Erfolg eines chirurgischen Eingriffes u. dergl. sind zwingende Momente, die eine der nicht operativen Methoden nahelegen, von denen jedoch häufig genug die Strahlentherapie infolge ihrer Kostspieligkeit von vornherein außer Acht bleiben muß. Solche Gründe zwingen den Arzt in der Wahl der Behandlungsweise gewissermaßen zu individualisieren und u. U. einen noch als unsicher geltenden therapeutischen Weg einzuschlagen, da diejenigen Hilfsmittel nicht in Anwendung gebracht werden können, denen man auf Grund größerer Erfahrung eine



größere Sicherheit auf Erfolg zuschreiben darf. Man kann froh sein, daß sich auch bei solchen Gelegenheiten, wo die allgemein üblichen und bis dato allein als erfolgreich geltenden Methoden nicht zu Gebote stehen, das Gebiet der ärztlichen Hilfsmöglichkeit groß genug ist, auch in anderer Weise an den Krankheitsherd heranzukommen. Ursache sich darüber zu freuen, hat man erstens im Interesse des einzelnen Patienten, zweitens im Interesse der Gesamtheit der Kranken, weil durch die Abweichung einer Anzahl Kranker von dem Wege bereits erprobter Therapie eine neue Behandlungsweise ausprobiert und bei etwaigen günstigen Resultaten der Allgemeinheit nutzbar gemacht werden kann. Von diesem Gesichtspunkte aus begrüßten gerade wir Irrenanstaltsärzte den Zellerschen Artikel lebhaft, denn bei unserem Krankenmaterial müssen vielfach andere Maßstäbe angelegt werden; hier wird häufig der Chirurg trotz sonstiger Eignung des Falles nicht in Funktion treten können, z. B. wenn der Charakter der Geisteskrankheit an sich einen operativen Eingriff resp. eine geeignete Nachbehandlung nicht zuläßt und die Verlegung in ein chirurgisches Institut unmöglich macht; hier wird aus naheliegenden Gründen, nicht zum mindesten aus finanziellen Rücksichten, auf den Gebrauch der radio- und röntgologischen Methoden verzichtet werden; hier heißt man ein derartig leicht zu beschaffendes Mittel, wie die Zellersche Krebssalbe, willkommen, und hier hat man ein unmittelbares Interesse daran, daß über die Wirkungsweise eines solchen Medikamentes Erfahrungen gesammelt werden. Aus diesen Gründen haben wir uns entschlossen, einen Fall von Oberflächenkarzinom nach Zellers Vorschlägen zu behandeln.

Bei einer 83 jährigen Geisteskranken K. H. besteht seit ca. 15 Jahren neben dem rechten inneren Augenwinkel ein ganz allmählich, aber unaufhaltsam fortkriechendes, immer wieder geschwürig zerfallendes Infiltrat von schmierig gelblichem Aussehen, das im Laufe der Zeit etwa den Umfang von Einmarkstückgröße angenommen hat. Die Kranke selbst zeigt außer einer allgemeinen Altersatrophie der Organe keine außergewöhnlichen körperlichen Befunde. — In den letzten 3 Jahren wurde verschiedentlich versucht, dem Krankheitsherd beizukommen und einer weiteren Vergrößerung Einhalt zu tun: Ätzmittel, wie Chlorzink, Höllenstein fanden vergeblich Anwendung, auch der Thermokauter versagte. Da die Strahlenbehandlung aus äußeren Gründen nicht möglich oder mindestens nur mit größten Schwierigkeiten hätte durchgeführt werden können, da ferner die Affektion ein relativ gutartiges Verhalten zeigte und für das Leben des Kranken ohne Belang war, so sahen wir von einem operativen Vorgehen ab und erinnerten uns des Herbst 1912 bekanntgegebenen Zellerschen Verfahrens.

Zur Zeit des Beginnes dieser Behandlungsweise bot sich dem Untersucher folgendes Bild: Unmittelbar neben dem rechten inneren Augenwinkel besteht ein z. T. nasalwärts, z. T. nach unten sich ausbreitendes, über markstückgroßes Geschwür, mehr in der Fläche ausgedehnt, als in die Tiefe gehend, an der Peripherie mit nach außen konvexen Begrenzungslinien. Die in die Umgebung — allerdings nur ganz allmählich — fortschreitende Tendenz des geschwürigen Prozesses wird bewiesen durch das Bestehen eines schmalen, harten, wallartig erhabenen Randes, der an einigen wenigen Stellen ausgebuchtet aussieht, nur ganz wenig unterwühlt erscheint. Das Ulcus ist mit der Haut nicht verschieblich. Der Boden ist belegt mit schmutziggelben, schmierigen Borken, leicht blutend; der Geschwürsgrund imponiert als verhärtet. Die längst erfolgte putride Infektion veranlaßt die Absonderung einer eitrigen Flüssigkeit in ziemlicher Menge; infolge der stattfindenden Gewebsnekrose geht ein intensiver Geruch von der affizierten Stelle aus. Eine Schwellung der regionären Drüsen besteht nicht, subjektive Beschwerden werden nicht geäußert.

Auf Grund des Sitzes, des Aussehens, der bisherigen Widerstandsfähigkeit gegenüber der verschiedensten Behandlung, im Hinblick auf das unaufhaltsame, gleichmäßige Fortschreiten und in Berücksichtigung des Alters der Patientin bei Erwerbung des Leidens wurde die Diagnose: Ulcus rodens resp. Oberflächenkrebs gestellt. Die differentialdiagnostisch in Erwägung kommenden Möglichkeiten ließen sich ausschließen: gummöse Geschwüre kamen nicht in Betracht, da syphilitische Infektion nicht vorlag; bei tuberkulöser Ulceration hätte z. B. die Beschaffenheit des Geschwürrandes eine andere sein müssen, stärker zernagt, weiter unterminiert usw. Die Diagnose wurde durch die unbeeinflußte Begutachtung mehrerer Ärzte gefestigt. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen, da die Diagnose durch das makroskopische Bild als einwandsfrei galt und von vornherein noch nicht die Absicht einer Veröffentlichung des Falles bestand. Die Publikation wurde erst nahegelegt durch die überraschende Veränderung der Neubildung unter Zellerscher Medikation nach jahrelangem erfolglosem Versuch mit anderen Mitteln.

Wir wählten von Anfang an die kombinierte Methode, die nach Zellers theoretischen Ausfüh-



rungen einerseits — und zwar durch Silizium — die aktiven Geschwulstzellen, vor allem die ins Gewebe vorgeschickten Krebszapfen zerstören, andererseits — hier durch die Paste — die Ptomainbildung bekämpfen soll. Cinnabarsana (Acid. ars. 5,0, Zinnober 15,0, Carb. anim. 1,0, Unguent. ad 100) wurde dick aufgelegt nach vorhergegangener Reinigung der geschwürigen Stelle. Die Umgebung stark gepudert, dann der Herd selbst und die nach unten und seitwärts liegenden gesunden Hautpartien reichlich mit Gaze belegt; es hatte sich nämlich bald herausgestellt, daß die durch den Verband erfolgende Behinderung des starken Sekretabflusses eine Schädigung der die Geschwulst umgebenden Hautteile hervorrief: einzelne Stellen zeigten Entzündungssymptome und Bläschenbildung. Sobald für genügende Aufsaugungsmöglichkeit der abgesonderten Flüssigkeit durch ausgiebige Puderung und reichliche Polsterung mit locker gelegter Gaze Sorge getragen war, gingen die Reizerscheinungen der Haut gänzlich zurück. Der Verband wurde mit Heftpflasterstreifen befestigt. Innerlich nahm die Kranke Silizium in Form der Nacasiliciumtabletten (3 × tägl. 1 Stück), die aber nach kurzer Zeit — offenbar aus rein psychischen Gründen — zurückgewiesen wurden; seitdem bekam Patientin die gleiche Anzahl Tabletten im Kaffee ohne ihr Wissen. Anfänglich klagte die Kranke über geringe Schmerzhaftigkeit der eingesalbten Stelle und zwar jedesmal bald nach Neuauflegen der Paste, später wurden diese Beschwerden nicht mehr erhoben. Die Behandlung wurde ca. 2½ Monate in dieser Weise mit meist wöchentlicher Erneuerung des Verbandes konsequent durchgeführt. Wir waren nach dieser Zeit überrascht von dem günstigen Aussehen des Cancroides: Die wulstigen Randpartien waren verschwunden, man hatte sie ebenso wie den Bodenbelag mit der Pinzette als erweichte schmierige Partikelchen ablösen können. Über der Geschwürfläche sah man nur noch eine dünne, weiche gelbliche Schicht liegen. Die Bildung der eitrigen Absonderung hatte fast gänzlich aufgehört; der bei Beginn geradezu stinkende Geruch wurde nicht mehr wahrgenommen. Es war offenbar ein Stillstand der karzinomatösen Wucherung und eine Zerstörung der bestandenen Neubildung erfolgt. Unter Gebrauch einer Salizylzinkpaste vollzog sich bald die vollkommene Reinigung des geschwürigen Prozesses; schon nach 10 Tagen glaubte man eine einfache Fleischwunde vor sich zu haben: Die äußeren Begrenzungslinien lagen in einer Ebene mit der Geschwürsfläche, eine geringe blutig seröse Sekretion war vorhanden, am Grunde sah man frische rote warzige Erhebungen, es war also Granulationsgewebe entstanden. Die Salizylzinkpaste stand im Ganzen etwa 14 Tage in Verwendung. Dann, d. h. ca 3½ Monate nach Einsetzen der Zellerschen Krebsbehandlung fand nur noch ab und zu eine Reinigung mit Borsäure statt; die sonstige Therapie bestand allein in gelegentlichem Wechsel des trocknen Verbandes. Allmählich nahm nun das tiefrote Aussehen der Granulation ab zu gunsten einer trockenen, ziemlich derben, glatten, schon ins Weißliche übergehenden Fläche, die infolge der einsetzenden Vernarbung an Umfang abgenommen hatte. So war das Bild des ursprünglichen Oberflächenkarzinoms nach etwa 5 Monaten, als die Frau infolge einer interkurrenten Krankheit starb.

Wir sind uns wohl bewußt, daß der hier mitgeteilte unzweifelhafte Erfolg des Zellerschen Verfahrens als einzelner Fall keine Beweiskraft für die Wertung des Mittels besitzt; wir halten uns aber auf Grund der überraschend günstigen Wirkungsweise bei einem bisher durch andere Einwirkungen unbeeinflußten Oberflächenkarzinom für berechtigt und verpflichtet, das Resultat der Öffentlichkeit zu unterbreiten, um gestützt auf unsere eigene Erfahrung zur Befolgung dieser Methode bei entsprechender Lagerung eines Falles dringend aufzufordern. Dies können wir um so eher tun, als die Veröffentlichung Zellers, sowie Staudenmayers als auch unsere eigene Beobachtung Nebenwirkungen, wie Vergiftungserscheinungen, Appetit- und Verdauungsstörungen ausschließen lassen und außerdem eine Dauerheilung nach den obigen Autoren als sehr wahrscheinlich gilt. Dem Arzneischatz der Irrenanstalten sollte Cinnabarsana und Nacasilicium einverleibt werden als ein wirksames Hilfsmittel in Fällen, die sich aus den besprochenen, für Irrenanstalten spezifischen Gründen zu den hergebrachten Verfahren nicht eignen.

Weitere Erfahrungen mit dem Balkenstich, speziell bei Epilepsie und Idiotie.

Von Prof. Dr. **Stieda**, Halle a. S.

Vortrag auf dem Chirurgen-Kongreß, Ostern 1914, in Berlin. (Eigenbericht.)

Vortr. berichtet nach kurzem Eingehen auf die bisher bei der genuinen Epilepsie angegebenen Operationsverfahren auf Grund der an der Hallenser Klinik bis Anfang des Jahres 1914 gemachten



Erfahrungen über die Erfolge, welche mit dem Balkenstich [Anton-v. Bramann[1]] bei genuiner Epilepsie und Idiotie nach dem Vorschlage von Anton erzielt sind. Es wurde an 17 Fällen 19 mal der Balkenstich ausgeführt (9 mal von v. Bramann, 8 mal vom Vortr., 2 mal von Schmieden).

In einem Falle männlicher Pubertätsepilepsie änderten zunächst die Anfälle ihren Charakter und wurden milder, blieben danach 2 Jahre fast gänzlich aus, kehrten in schwächerer Form wieder, wurden auf einen erneuten, 4 Jahre nach dem erst ausgeführten Balkenstich noch seltener.

In einem Falle von Jacksonscher Epilepsie mit Stauungspapille sind allmählich die Anfälle völlig ausgeblieben und die Stauungspapille blieb seit 4½ Jahren beseitigt.

Bei einem Falle von genuiner Epilepsie, Imbezillität und Hydrocephalus internus sistierten die Krämpfe vor 2¼ Jahren für mehrere Wochen, wiederholten sich seitdem weniger intensiv, waren mitunter nur auf kurze Absenzen beschränkt.

In einem Falle schwerster kindlicher Epilepsie mit Dämmerzuständen hörten die Anfälle mit einem Schlage ein halbes Jahr lang auf. Der Eingriff schien direkt lebensrettend zu sein, danach traten seltener Anfälle auf, die durch einen zweiten Balkenstich (nach 10 Monaten) allerdings nur vorübergehend gebessert wurden.

In zwei Fällen von täglicher Epilepsie mit Idiotie sind die Anfälle nach dem Balkenstich vor 1¾ Jahren bezw. 1¼ Jahren dauernd bezw. 7 Monate hindurch ausgeblieben. Beide Pat. wurden gleichzeitig befreit von der enormen epileptischen Unruhe und zeigten sich in psychischer Beziehung merklich gebessert. In dem einen dieser Fälle traten nach 7 Monaten wieder vereinzelte Anfälle auf.

In zwei Fällen von weiblicher Pubertätsepilepsie sind die Anfälle nach dem Balkenstich seit 13 und 10 Monaten sukzessiv seltener geworden.

Ein Fall von weiblicher Pubertätsepilepsie, vor 13 Monaten operiert, blieb unbeeinflußt.

In einem Falle von weiblicher Imbezillität seit Kindheit, vor 8 Monaten operiert, hörten die täglich zwei- bis dreimal auftretenden Anfälle für einen Monat auf, um später in milderer Form wiederzukehren. In diesem Falle war Hydrocephalus internus und externus und Verwachsung der Dura mater mit dem Gehirn bei der Operation nachzuweisen.

In einem Falle von schwerer Epilepsie seit Kindheit blieben die Anfälle seit 7 Monaten durch längere Zeit hindurch aus und sind heute merklich seltener.

Ein Fall von Mikrocephalie mit Epilepsie zeigt keine Änderungen.

Ein anderer Fall zeigt geringe Besserung: das vorher vollständig idiotische Kind ist „um vieles ruhiger und normaler" geworden (Bericht des Vaters).

Zwei Fälle sind erst kürzlich operiert und seitdem (6 Wochen) anfallsfrei geworden.

Zwei Fälle waren nach der Operation längere Zeit gebessert, gaben aber auf Anfrage jetzt keinen Bescheid. Infolge des Eingriffes ist kein Fall gestorben, bei keinem eine nachweisliche Schädigung zu verzeichnen gewesen.

Die Erfolge sind noch keine glänzenden, doch waren es meist desperate Fälle. Ein frühzeitigeres Eingreifen wird sicher bessere Resultate geben, denn der Balkenstich ist eine ungefährliche und rasch auszuführende Operation, die ohne Hirnläsion und ohne Schokwirkung einhergeht und unter Lokalanästhesie sich bequem durchführen läßt.

Man fand zumeist nach Eröffnung der Dura eine nur geringe oder fehlende Hirnpulsation; nach Ausführung des Balkenstiches und Ablassung von nur wenigen Kubikzentimetern Flüssigkeit traten Hirnbewegungen wieder auf, ein Zeichen, daß die Gesamtzirkulationsverhältnisse des Gehirns und damit auch die Gehirnernährung wirksam beeinflußt werden. Die unangenehmen häufigen Begleitsymptome der Epilepsie, Kopfschmerz und Schwindel, lassen nach.

Mit den andern für die genuine Epilepsie angegebenen Operationsmethoden kann der Balkenstich nicht nur gut konkurrieren, er verdient vielleicht sogar den Vorzug wegen der Geringfügigkeit des Eingriffes und der leichten Möglichkeit der Wiederholung.

[1]) Cf. Die Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstichs. Von Prof. Dr. G. Anton (Halle a. S.) und Prof. Dr. F. G. von Bramann (Halle a. S.). Berlin 1913. Ausführliche Besprechung dieses Buches und der Ergebnisse etc. diese Wochenschrift, XV, Nr. 6.

Mitteilungen.

— **Gemeinsame Tagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte (8. Jahresversammlung) und der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft** am 5. und 6. September 1914 in Bern. Allgemeines Programm.

Freitag, 4. September: Vorstandssitzung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, 4 Uhr nachm. im Hôtel „Bernerhof". — Abends 9 Uhr: Begrüßung im „Kursaal Schänzli". — Kaltes Abendbrot, von der Schweizer. Neurol. Gesellschaft offeriert.

Sonnabend, 5. September: 9 Uhr vorm.: Geschäftliche Sitzung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Schweizer. Neurol. Gesellschaft in getrennten Räumen im Hochschulgebäude. — 10 Uhr vorm. bis 1 Uhr nachm.: Gemeinschaftliche Sitzung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Schweizer. Neurol. Gesellschaft in der Aula der Universität. — Vorträge. — 1—2½ Uhr: Frühstückspause. — Gelegenheit zu einem Frühstück im Hôtel „Schweizerhof" Bahnhofplatz (fr. 3,— ohne Wein). — 2½—5 Uhr: Gemeinsame Sitzung. — Vorträge. — 8 Uhr: Gemeinsames Abendessen im Hôtel „Bernerhof". (fr. 6,— Gedeck ohne Wein.)

Sonntag, 6. September: Besuch der wissenschaftlichen Abteilung der Landesausstellung. Treffpunkt: 9 Uhr vorm. am Haupteingang der Ausstellung, Brückfeld. — Abends: Begrüßung der Mitglieder des Internationalen Kongresses im Bellevue-Palace, Theodor Kocher-Str.

Wissenschaftliches Programm.
Angemeldete Vorträge:

1. L. Asher (Bern): Experimentelle Differenzierung von erregenden und hemmenden nervösen Mechanismen.
2. S. Erben (Wien): Über spastische Phänomene.
3. O. Foerster (Breslau): Über die spezifische Behandlung der Tabes dorsalis.
4. J. P. Karplus und Kreidl (Wien): Über Sympathicuszentren und -bahnen im Zentralnervensystem.
5. M. Nonne (Hamburg): Anatomische Demonstration zum Kapitel der Cachexia hypophysipriva.
6. A. Saenger (Hamburg): Über akute doppelseitige Erblindung.
7. S. Schoenborn (Heidelberg): Tetaniesymptome im Greisenalter.
8. G. Steiner (Straßburg): Das Zentralnervensystem bei der Spirillose des Huhns.
9. G. Stiefler (Linz): Über die therapeutische Wirkung von Schlafmitteln bei Epilepsie.
10. A. Stoffel (Mannheim): Neues über die Ischias und die Behandlung des Leidens.
11. O. Veraguth (Zürich): Tierexperimentelle Untersuchungen über den psychogalvanischen Reflex.
12. Fr. Wohlwill (Hamburg): Pathologisch-anatomische Befunde im Zentralnervensystem der Syphilitiker (nach gemeinsam mit Prof. E. Fraenkel (Hamburg) ausgeführten Untersuchungen).
13. Zanietowski (Krakau): Die Fortschritte der elektrodiagnostischen Methoden mit besonderer Berücksichtigung eigener Versuche (Demonstrationsvortrag).

H. Oppenheim, I. Vorsitzender, Berlin, Königin Augustastr. 28, M. Nonne, II. Vorsitzender, Hamburg, Neuer Jungfernstieg 23, K. Mendel, I. Schriftführer, Berlin, Augsburgerstr. 43 für die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

Dubois, Vorsitzender, Bern, Falkenhöheweg 20, C. v. Monakow, I. Vizepräsident, Zürich, Dufourstr. 116, P. L. Ladame, II. Vizepräsident, Genf, O. Schnyder, Schriftführer, Bern, Monbijoustr. 31 für die Schweizerische Neurologische Gesellschaft.

Referate.

— **Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens.** Herausgegeben von der Medizinalabteilung des Königl. Preußischen Kriegsministeriums. Heft 57: **Übersicht über die Neuerungen in der Feldsanitätsausrüstung**, von Dr. v. Tobold, Oberstabsarzt in Berlin, Dr. Georg Schmidt, Oberstabsarzt in Berlin, und Dr. Devin, Oberstabsapotheker in Berlin. Mit Tabellen. Berlin 1914, Verlag von August Hirschwald, NW. Unter den Linden 68. 108 Seiten. Preis M 3,—.

Das Taschenbesteck der Sanitätsoffiziere, die anderen Bestecke und die Sanitätsbehältnisse sowie die sonstigen Ausstattungen der Sanitätsformationen des *Feldheeres* sind den heutigen ärztlichen und pharmazeutischen Forderungen, auch dem deutschen Arzneibuche 1910, sowie neuzeitiger Krankenpflege angepaßt worden.

Über alle diese Neuerungen bringt die vorliegende Schrift eine genaue Übersicht, die dem Sanitätsoffizier, auch des Beurlaubtenstandes, die Orientierung wesentlich erleichtert und ihm zum Studium sehr empfohlen zu werden verdient. Sehr instruktiv ist auch die „Übersicht über die Anwendung der Arzneimittel", die „Übersicht über die Prüfungsmittel" (Reagentien), der „Nachweis der ersten Ausstattung der Sanitätsabteilung des Güterdepots einer Sammelstation", usw. B.

— I. **Engelen**, Dr. D. O., Zutphen: Behandlung der sog. vermindert Zurechnungsfähigen. — II. **Kahl**, D., Dr. jur et med. Wilhelm, Berlin: Der Stand der europäischen Gesetzgebung über verminderte Zurechnungsfähigkeit. — II. **Mezger**, Dr. E.: Die Klippe des Zurechnungsproblems. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen IX. Bd. Heft 1). Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1913. Preis 1,20 M.

In der ersten Arbeit dieses Heftes (Ref., gehalten auf dem 7. internationalen Kongreß für Kriminal-Anthropologie 1911) spricht Landgerichtspräsident Dr. D. O. Engelen-Zutphen über die Behandlung der sogen. vermindert Zurechnungsfähigen. Er stellt in dieser Frage die folgenden, in der Arbeit selbst näher ausgeführten Leitsätze auf: 1. Der Staat hat die Pflicht, sich besonders mit den vermindert Zurechnungsfähigen **als solchen** zu befassen. 2. Das Strafgesetz soll keine Be-



griffsbestimmung der verminderten Zurechnungsfähigkeit geben. 3. Es soll dem freien Ermessen des Richters überlassen sein, je nachdem der Geisteszustand es fordert, entweder auf Strafe, oder auf sichernde Maßnahmen oder auf beide zu erkennen. 4. Der Richter hat Sachverständige zu vernehmen, muß aber selbständig sein Urteil fällen. 5. Ein Gesetz hat die sichernden Maßnahmen näher zu bestimmen. 6. Wenn eine Strafe verhängt wurde und Anhaltspunkte vorhanden sind, daß die Tat auf verminderter Zurechnungsfähigkeit beruhte, soll mit Rücksicht auf sichernde Maßnahmen, die Wiederaufnahme des Strafverfahrens erfolgen.

Des weiteren behandelt in diesem Heft D., Dr. jur. et med. Wilh. Kahl-Berlin in klarer Kürze den Stand der europäischen Gesetzgebung über verminderte Zurechnungsfähigkeit, und zwar in folgenden Staaten: England, Frankreich, Schweiz, Italien, Österreich mit Ungarn, Serbien, Griechenland, Rußland, Finnland, Schweden, Norwegen, Dänemark, Deutschland.

Die Klippe des Zurechnungsproblems ist eine dritte Arbeit von Dr. Mezger betitelt. Verf. kommt dabei zu dem Resultat, daß wir vor der theoretischen Unlösbarkeit des Zurechnungsproblems stehen. Diese Erkenntnis habe einen nicht zu unterschätzenden Wert für die praktische Behandlung dieser Frage. Unsere diesbezügliche Erkenntnis zeige die Grenzen, die heute der psychologischen und psychiatrischen Analyse eines Kriminalfalles gezogen seien und damit auch die Grenze, an denen dieselbe heute vor den praktischen Bedürfnissen des Lebens Halt zu machen habe. Der Nachweis intellektueller und affektiver Defekte usf. beeinflusse in weitgehendstem Maße die Zurechnungs- und Schuldfrage. Die Umsetzung der vorhandenen psychischen Einzelmomente in die Tat müsse als solche der uneingeschränkten strafrechtlichen Beurteilung vorbehalten bleiben. Diese Beurteilung würde allerdings manchen treffen, der wirklich psychisch krank sei, andererseits würde der entgegengesetzte Standpunkt schließlich jeden Verbrecher für geisteskrank, d. h. unzurechnungsfähig erklären (!?). Bei einer derartigen Behandlung der Frage wird allerdings das Unbehagen, das der allgemeine Einfluß der Psychiatrie in foro bei vielen nach dem Verf. erregen soll (?), sich vermindern lassen, ob aber damit der Sache gedient ist, erscheint dem Ref. mehr als fraglich. Heinicke-Großschweidnitz.

— Heilbronner, Prof. Dr. K., Utrecht: Über Gewöhnung auf normalem und pathologischem Gebiet. Wiesbaden 1912, Verlag von J. F. Bergmann. 51 S.

Verf. erörtert den Begriff der Gewöhnung, den er als Änderung des Zustandes und der Reaktion definiert, die Giftgewöhnung niederer Organismen (z. B. Fuchsinfestigkeit der Trypanosomen Ehrlichs), die Akklimatisation und Giftgewöhnung höherer Wesen, vor allem des Menschen (Alkoholismus, Morphinismus) und bespricht dann einige besondere Gewöhnungserscheinungen bei Organismen mit differenziertem Nervensystem. Solche erstrecken sich nicht nur auf den Verlauf „niederer Funktionen" (Erziehung zur Reinlichkeit bei Stuhl- und Urinentleerung), sondern umgreifen auch das weite Gebiet der „Fertigkeiten" und schließlich auch sog. nervöse Erscheinungen. Zu letzteren Gewöhnungen rechnet Verf. die Tiks, das „Wegbleiben" der Kinder, manche hysterischen Erscheinungen, sexuelle Anomalien und das gewohnheitsmäßige, sonst meist der Epilepsie zugerechnete Davonlaufen. Unter diesen Gesichtspunkten glaubt Verf. namentlich bei den letztgenannten Zuständen durch längere Verhinderung des „Reaktionseintrittes" einerseits und Einschiebung von „Hemmungen" andererseits, (Anstaltsaufenthalt, verändertes Milieu) unser therapeutisches Handeln nicht so hoffnungslos einschätzen zu sollen, wie es nach der bisherigen Auffassung geschah.

Albrecht-Treptow.

— Hug-Hellmuth, Dr. H. v.: Aus dem Seelenleben des Kindes, eine psychoanalytische Studie. Leipzig und Wien 1913, Franz Deuticke. 107 S.

Verf. steht in vorliegender Schrift ganz auf dem Boden Freuds, dessen „geniale Theorie" und Einzelwerke ihm unumstößliche Wahrheiten sind; es ist daher weiter nicht wunderbar, daß Erotik und Sexualität fast als das einzige ausschlaggebende Moment im Seelenleben des Kindes hingestellt werden und dies vielfach zu Schlüssen führt, die unbeweisbar sind und sich nur auf Vermutungen und willkürlichen Deutungen aufbauen. Auf Einzelheiten, die zu einer Kritik herausfordern, sofern man sich nicht bedingungslos den extremsten Anschauungen der Freudschen Schule hingegeben hat, einzugehen ist im Rahmen eines kurzen Referates unmöglich.

Albrecht-Treptow.

— Pillassier, Dr. A.: Dégénérescence mentale avec troubles de la sensibilité générale, illusions, interprétations, hallucinations, état anxieux longtemps prolongé sans affaiblissement appréciable.

Beschreibung eines Falles einer 62 jähr., erblich belasteten Krankenschwester, die die ersten Angstzustände mit 32 Jahren hatte und später noch mehrere durchmachte. Verfasser lehnt die Diagnose manisch-depressives Irresein strikte ab mit der Begründung, daß nicht die Verstimmung, sondern die Angst das Vorherrschende gewesen wäre, auch seien keine Intelligenzstörungen im Laufe der Zeit eingetreten; nach unsern deutschen Anschauungen können die Ansichten des Verfassers nicht völlig überzeugend wirken.

Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Zur subkutanen Digitalistherapie.** Von Emil Friedr. Zurhelle. (Aus der Medizinischen Klinik der Akademie Düsseldorf. Prof. A. Hoffmann.) Therapeutische Monatshefte 27. Jahrg. Juli 1913.

Verfasser kommt durch seine Untersuchungen zu folgendem Resultat:

„Es ist also mit Präparaten, welche — wie das erwähnte (Digifolin) — eine genau bestimmte Digitalismenge mit geringer lokaler Reizwirkung verbinden, eine subkutane Digitalistherapie sehr wohl möglich. Wir werden dieselbe vor allem bei chronisch-hepatischen



Formen der Herzinsuffizienz anwenden. Gerade in solchen Fällen, bei denen eine stomachale Therapie vollständig versagte, eine intravenöse aber aus verschiedenen Gründen nicht angebracht erschien, haben wir bereits sehr gute Erfolge zu verzeichnen.

Wir werden dabei zunächst mit je 0,3 bis 0,4 Digitalis täglich 3 bis 4 Tage lang eine volle Digitaliswirkung zu erreichen suchen, die wir alsdann mit 0,1 bis 0,2 Digitalis zunächst täglich, dann in immer größeren Abständen zu unterhalten haben. Dabei werden wir unser Augenmerk darauf richten, ob und wann bei Rückgang der Stauungserscheinungen eine stomachale Therapie wieder wirksam wird.

Bei Nierenkomplikationen werden wir über 0,1 bis 0,2 Digitalis täglich nicht hinausgehen.

Wir werden ferner bei akuten Insuffizienzen die subkutane Therapie der gefährlichen intravenösen vorziehen und bei dringenden Fällen bis zum Eintritt ihrer Wirksamkeit durch akut wirkende Maßnahmen (Kampferinjektionen, Abschnürungen usw.) unterstützen."

— **Über spezifische Tuberkulinbehandlung mit Sanocalcin-Tuberkulin.** Von Dr. A. Camphausen. (Aus der Heimstätte der Stadt Schöneberg zu Sternberg.) Zeitschr. f. Tuberkulose Nr. 21 H. 3.

Wenn das Tuberkulin eine wirksame Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose werden soll, so muß seine Anwendung unbedingt Allgemeinheit aller Ärzte werden. Dem standen entgegen die oft schwer zu vermeidenden unangenehmen Nebenerscheinungen der Alttuberkulinbehandlung, die sich im übrigen immer mehr als die wirksamste erwiesen hat. Es ist daher mit Freude zu begrüßen, daß durch die Herstellung des Tuberkulins mit einem leicht resorbierbaren Kalksalz, wie es seit einiger Zeit unter dem Namen Sanocalcin-Tuberkulin von Goedecke & Co., Berlin, in den Verkehr gebracht wird, der Tuberkulintherapie neue Bahnen eröfffnet werden. Die Tuberkulinbehandlung kann mit Sanocalcin-Tuberkulin unbedenklich auch ambulant ausgeführt werden; dieses verursacht sehr selten Temperatursteigerung, kein allgemeines Übelbefinden, Kopfschmerzen, keine Stichreaktion, Infiltration usw. Nur die zwecks Heilung erwünschte Herdreaktion tritt ein als Zeichen seiner spezifischen Wirksamkeit. In den meisten Fällen pflegt sich gleich von Anfang an Allgemeinbefinden und Appetit bedeutend zu heben, subfebrile und febrile Temperaturen pflegen sich zu mäßigen. Dies ist die Wirkung der Komponente: Sanocalcin. Das Ca-Ion steigert das phagozytäre Vermögen der Leukozyten, regt die Herztätigkeit wesentlich an und erhöht den Blutdruck. Es sind dies alles Wirkungen, die bei der Tuberkulosebehandlung ebenso wie auch bei anderen Infektionskrankheiten von ausschlaggebender Bedeutung sind. Sanocalcin insbesondere hat den Vorzug der subkutanen Anwendbarkeit, die allein schnelle und völlige Resorptionsmöglichkeit des Ca bietet. Bei der Tuberkulose spielt wahrscheinlich auch das Kalk als solches in der leicht resorbierbaren Form des Sanocalcin eine direkte Rolle bei der Heilung resp. Abkapselung des tuberkulösen Herdes selbst. Die spezifische Wirkung des Sanocalcin-Tuberkulin ist stärker als die des reinen Tuberkulins, es wirkt nicht nur heilungsanregend, sondern direkt heilend. Sein Indikationsgebiet geht weiter als das des gewöhnlichen Tuberkulins; Unterernährung, Herzschwäche, Fieber, Verdauungsstörungen, nervöse Zustände sind keine Kontraindikationen. Seine Wirkung ist gemäß seinem Tuberkulingehalt spezifisch anregend, wegen seines Gehaltes an Calcium laktoglycerophosphoricum heilend, fieberherabsetzend, appetitanregend, gewichtzunehmend. Sanocalcin-Tuberkulin kann zweckmäßig in jedem Falle von Tuberkulose versucht werden mit Aussicht auf Dauererfolg, besonders im ersten und in manchen Fällen des zweiten Stadiums.

Dosierung: Beginn mit $^1/_{100}$ mg steigend bis 1 cg. Neue Injektion nach Abklingen der Herdreaktion der vorhergehenden.

— **Beitrag zur Wirkung des Adalins.** Von Dr. Löbinger. Allg. Med. Zentral-Zeitung 1913 Nr. 4.

Zu den immerhin noch spärlichen Angaben über Adalin bei Herzerkrankungen gibt L. seine Erfahrungen bekannt. Besonders in zwei Fällen hat es sich gut bewährt.

1. bei chronischer Bronchitis und Emphysem mit schweren nächtlichen Asthmaanfällen und schwerer nervöser Schlaflosigkeit; 2. Gefäßverkalkung mit Schlaflosigkeit, nächtlicher Unruhe und Schmerzen in der Herzgegend, Angstgefühlen, Unruhe, Hüsteln, Kurzatmigkeit und Beklemmungen.

Das Präparat zeichnet sich durch seine fast völlige Geschmacklosigkeit vorteilhaft vor anderen Schlafmitteln aus und wird deshalb gut genommen und auch da vertragen, wo andere versagten.

— **Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach.** Juni 1912 bis Juni 1913. Von Dr. Fritz Cuno. (Aus Dr. Christs Kinderhospital in Frankfurt a. M.) Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 45.

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 30 Kinder; man gab im Anfang 0,01 und stieg dann schnell auf 0,1 bis 0,5. Als man sich später von der Unschädlichkeit des Mittels überzeugt hatte, begann man gleich mit 0,1. Man injizierte zweimal wöchentlich entweder subkutan unter die Haut des Oberschenkels, oder lokal in die Umgebung des Krankheitsherdes, oder auch in das kranke Gewebe selbst.

Wenn bei lokaler Injektion die Reaktion zu stark war, wurde 6 bis 8 Tage gewartet bis zum Abklingen der Entzündungserscheinungen.

Bei allen mit Tuberkulin Rosenbach behandelten Kindern war die Pirquetreaktion scharf positiv. Bei sehr starker Reaktion empfiehlt es sich, mit der Steigerung der Injektionsmenge etwas zurückzuhalten, da solche Kinder schon auf Gaben von 0,3 bis 0,5 oft stark mit Fieber, Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit reagieren; doch tritt bald Gewöhnung ein.

Bei der lokalen Injektion treten manchmal unter hohem Fieber schnell fortschreitende, erysipelähnliche Veränderung der Haut und entzündliche Schwellung der



Gewebe auf, die aber unter Hochlagerung und feuchten Verbänden schnell zurück gehen.

Von 30 behandelten Fällen zeigten 5 keine Einwirkung, 4 wurden gebessert und 21 auffallend günstig beeinflußt.

„ . . . . Wenn wir aber lang dauerndes, hektisches Fieber bei Lungentuberkulose zurückgehen, große entzündliche Ergüsse in der Bauchhöhle verschwinden, jeglicher Behandlung spottende Fisteln sich schließen sehen, wenn wir uns die in den oben angeführten Krankengeschichten beschriebenen Erfolge nochmals vor Augen halten, so müssen wir das Tuberkulin Rosenbach als einen mächtigen Faktor zur Beeinflussung der natürlichen Heilbestrebungen des Organismus betrachten und können wir seine Anwendung nicht dringend genug empfehlen."

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Marburg.** Prof. Jahrmärker ist an Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek's Stelle, der in den Ruhestand tritt, mit der einstweiligen Leitung der Psychiatrischen Klinik beauftragt.

— **Das ärztliche Bern.** Eine soeben unter diesem Titel erschienene Veröffentlichung des Verkehrsvereins

Stellengesuche.

An der staatlichen Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke zu **Lübeck-Strecknitz** ist die neugeschaffene

IV. Arztstelle

zu besetzen. Gehalt 2500 M neben freier Station. Bei Bewährung nach einem Jahr feste pensionsberechtigende Anstellung als **Abteilungsarzt** mit 4000 M bis 8500 M Gehalt. Jüngerer Arzt bevorzugt. Frühere ärztliche Tätigkeit kann ganz oder teilweise auf die Anstellung angerechnet werden. Persönliche Vorstellung vorläufig nicht erwünscht. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an **die Direktion.**

Weitere Stellengesuche siehe folgende Seiten.

der Stadt Bern gibt über die Bedeutung von Bern als Ärztestadt Aufschluß und enthält ein systematisch geordnetes Verzeichnis aller Ärzte und medizinischen Einrichtungen in Bern, der schweizerischen Bundeshauptstadt. Wenn auch das Werkchen, das 80 Seiten im Taschenformat in hübscher Ausstattung mit mehreren Abbildungen umfaßt, in erster Linie den Einheimischen und Fremden in Bern als Ratgeber dienen soll, so ist es doch auch für den auswärtigen Arzt von Interesse, der Patienten in die Schweiz schickt. Ist doch die Bedeutung der Medizin in Bern anerkannt und Bern selbst auch als Aufenthaltsort für Erholungsuchende und Gesunde, als Übergang zwischen Ebene und Hochgebirge, in zunehmendem Maße besucht. Ärzte erhalten das Werk auf Verlangen vom Verkehrsverein Bern unentgeltlich zugesandt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Weitere Stellengesuche siehe folgende Seite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 19. | 8. August | 1914/15.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Zur 25-Jahr-Feier der Gr. Bad. Heil- und Pflege-Anstalt Emmendingen.

Genie und Norm.

Von Medizinalrat Dr. **W. Fuchs.**

Die Beeinflussung der Einzelpsyche geht das ganze Leben hindurch vor sich in allen Abstufungen aller Reize, schlagweise, wechselnd und konstant. Sie beginnt, wenn der konstruktive Aufbau der Seele beendet ist. Mag das Schlußresultat sich noch so exogen gebärden, im tiefsten Wesen ist und bleibt es endogen.

Zunächst geben dem Einzelnen seine Vorfahren die Wesensanlage, deren Komponenten nicht vorausberechnet und auch nicht durch Willensakte der Gebenden irgendwie beeinflußt werden können. Der neue Mensch selbst ist natürlich erst recht ohne Einfluß auf den Modus seiner Werdung. Er ist ein unantastbares Konglomerat von irgendwoher aus der Aszendenz zusammengeratenen Eigenschaftssplittern, die vorher vielleicht noch niemals beisammen gewesen sind. Er muß nun sehen, wie er mit diesem eisernen Bestande sich einrichtet. Wenn es überhaupt Zufall gibt, so ist vermutlich die Anthropogenese, die Entstehung dieser oder jener Individualität, also des differentesten und wichtigsten, was auf der Welt existiert, am meisten ein Zufallsprodukt.

Auf diese einfürallemal gegebene Anlage, die körperliche wie die geistige, wirken nun von der Stunde der Geburt an das ganze Leben lang ununterbrochen die Außenreize ein. Sie werden vom Nervensystem angenommen, weitergegeben, verarbeitet, sie setzen Erinnerungen, Erfahrungen, Urteile, Kombinationen, sie bilden einzelne geistige Fähigkeiten wie die apperzeptiven Entschlüsse, das Nachdenken, das resümierende Urteil fast selbstherrlich, sie legen sich aber mit ihrem Druck auch auf die angeborensten Seelenzüge der Stimmungsverteilung und des Phantasielebens.

Diese Außenreize, verkörpert durch Erlebnisse aller Art, vom alltäglichsten bis zum außerordentlichsten, vermehren ihr Gewicht kongruent mit dem Ablauf der Zeit. Je älter der Mensch wird, um so mehr Erinnerungen und Erfahrungen lasten auf ihm, auf seiner ursprünglichen Wesensart, und sorgen mit ihren als Ausfluß des Selbsterhaltungstriebes, aus Klugheit, wirksam gewordenen Hemmungen dafür, daß die Individualität mit ihren Leidenschaften und ihren Träumen immer erst dann zu Wort kommt, wenn die kompakte Majorität keinen Einspruch zu erheben Veranlassung hat. Die Folge, welche mit der Zeit immer ausnahmsloser hervortritt, ist, daß die ursprünglich, beim Kinde, sehr lebhafte Neigung zu Handlungen, zu Taten sehr stark zurückgehalten wird, weil sie zu Unwiderruflichkeiten, also gegebenenfalls zu unwiderruflichen Nachteilen, führt. Nach außen hin bildet sich mehr und mehr eine Uniformierung der ganzen Haltung heraus, die einzelnen Leute werden einander psychisch immer ähnlicher, sie werden immer mehr Masse, und die Masse wird immer homogener. Die ursprüngliche Individualität flüchtet sich ins Innenleben, bisweilen in die sogenannten Abgründe der Seele, dorthin, wo sie unter Ausschluß der Öffentlichkeit, ohne Risiko, schalten kann. Daraus entsteht eine Diskrepanz, eine seelische Disharmonie, die nicht

ohne weiteres ungesund genannt werden darf, die aber doch, wenn sie gar zu kraß, zu unverhältnismäßig wird, als ein Reiz der Unlust zur Empfindung des Individuums gelangt. Als vorläufiger Trost muß die Erfahrung herhalten, daß es der überwiegenden Mehrzahl, den Mitmenschen, nicht besser ergeht. Immerhin verlieren die dem Einzelnen eigensten Triebe, Neigungen und Strebungen keineswegs an Kraft, obwohl die Abneigung, das Zögern gegen ihre Herauslassung wächst. Die Menschen sehnen im Grunde alle das Ende dieser Seelenaskese herbei. Das vielberufene Sichausleben, von Zeit zu Zeit modern, ist ein Versuch des Abreagierens. Verharrt es im Inkognito des Intrapsychischen, so besitzt es Berechtigung; verirrt es sich zu Handlungen und Taten, so muß es scheitern.

Anders verläuft die Entwicklung der sehr Begabten, die zugleich stark sind, derer, die nicht nur das Genie zum großen Manne haben, sondern auch das Talent, um es zu werden. Die Außenreize wirken auf sie mit nicht geringerer Macht und aus nicht weniger Richtungen ein, aber es zeigt sich, nach einigem Schwanken, nach einigen Lebenskollisionen, nach einer Periode der Orientierung, daß diesmal der Mann stärker ist als das Leben, als das Milieu, als die Masse selbst, und zwar deshalb, weil er neues bringt, weil er es besser weiß, weil er mehr kann als die andern. Auch dieser Große und Starke wird nicht unmodifiziert bleiben von der unablässigen Brandung des Lebens, in der er ja schwimmen muß, er wird sich manche Eigenheit abschleifen lassen müssen, aber er wird das sogar willig dulden, wenn der Vorteil gewinnender Formung nicht durch den Verlust von vital wichtiger Leistung erkauft zu werden braucht. Ihm genügt es, in einer Selbstbeschränkung, die keineswegs Bescheidenheit sondern Voraussicht ist, wenn diejenigen von seinen Gedanken in die Tat umgesetzt werden können, welche ihm die teuersten sind, weil sie die absolut wertvollsten sind. Seine Konzentration gilt den Handlungen, in denen seine Persönlichkeit sich am vollkommensten auslebt, und diese seine Handlungen sind zugleich objektiv von vollkommenster Bedeutung, weil sie Lücken ausfüllen, weil sie Hilfen bringen. Daß die tiefste Liebe den größten Plänen, die heißeste Leidenschaft den hehrsten Taten gelten darf, ist die prästabilierte Harmonie dieser Großen. Was die Masse dumpf ersehnt, ihnen fällt es reif in den Schoß! Sie haben nicht nötig, ihr Innigstes im Halb- oder Unterbewußtsein zu verbergen. Ihre Taten entsprechen ihrem Wollen, ihr Wollen entspricht ihrem Können, ihre Leistungen aber entsprechen allgemeinen Bedürfnissen. Das ist Glück.

Nicht alle haben Glück, auch nicht alle Großen. Aber deshalb ist Glück noch lange nicht Zufall, wenigstens nicht mehr Zufall, als soweit die Entstehung führender Genies biologisch Zufall genannt werden darf. Das weitere Glück des Erfolges, der succés par hazard, haftet mit der Treue der Selbstverständlichkeit an den einzelnen Schritten der Großen. Denn betrachten wir ihr Glück entwicklungsgeschichtlich, so ist es eben doch weiter nichts als Stetigkeit und Fleiß, Klarheit und Kraft. Dieses Glück der Großen hat wenig zu schaffen mit dem Glücksgefühl, mit dem stillen subjektiven Behagen; davon bekommen gerade die schaffendsten Genies wenig zu spüren. Wohl aber sind sie frei von der Zerrissenheit, die in der Masse schwärt, sie sind weniger unglücklich. Das Machtgefühl verleiht ihnen Ruhe.

Wie aber mißglückte Genies, Halb- und Viertelgroße in die Masse zurücksinken, so ragen aus ihr Beträchtlichkeiten oft hoch hinaus, ohne sie doch verlassen zu können. Die Uniformierung schreitet auch über sie hinweg. Nur die Einsamkeit der Größe schützt vor der Einschmelzung. Ganz und gar Masse, und in ihrer Art ebenso harmonisch wie glücklich, ist jene Sorte Menschen, die keine Strebungen besitzen als rein vegetative. Auch sie sind frei von der großen Zerrissenheit und so mag man denn auch sie Genies heißen, Genies des Animalismus, Tschudragenies.

Trotzdem also einige missing links Verwandtschaft erweisen, muß doch der Unterschied zwischen den vollkommenen Genies und den vollkommen Mittelmäßigen als fundamental bezeichnet werden. Man steht vor ihnen wie vor zwei blutsfremden Rassen; und wie zwei blutsfremde Rassen stehen beide sich gegenüber. Die Gefühle der Masse für die Großen sind auch keineswegs von vornherein solche der Bereitwilligkeit, sondern sie bilden ein Gemisch von Staunen, Neid, Widerstreben und Aufmerksamkeit. Diese Gebanntheit ist noch nicht gleichbedeutend mit Verständnis, doch entspringt sie einem zweckdienlichen Instinkt. Die Großen wiederum haben für die Masse nur Verachtung, aber die klugen unter ihnen, also die, welche wirklich zur Höhe gelangen, verhüllen wohlweislich ihre innere Ablehnung, weil sie die Menge als Mittel nötig brauchen.

Beide stehen zueinander in dem Verhältnis funktioneller Ergänzung. Die Übermenschen brauchen die Masse, aber aus unvergleichlich viel bedürftigerer Not braucht die Masse den Übermen-



schen. Das Schicksal des Genies, welches keine dienende Masse für sich findet, ist ja schlimmstenfalls nur das Schicksal des Einzelnen in der Masse, nämlich an seiner Zerspaltenheit, an seiner Tatenterbtheit zu kranken, vielleicht zu ersticken. Die Masse aber, der kein Genie erwächst, ist auf ewig unentrinnbarer Unlust, Armut und Schwäche ausgeliefert. Genielose Völker werden Bedientenvölker.

Die Menschen der Masse weisen die charakteristische seelische Verschnittenheit nur auf, soweit sie als Einzelpersönlichkeiten im Leben stehen. Nur als Einzelpersönlichkeiten werden sie ungeduldig, unfertig, unglücklich, ungesund. Nur als Einzelpersönlichkeiten sind sie feig und schwach, eben weil sie mit dem Bewußtsein ihrer Minderwertigkeit erfüllt und gleichzeitig allein sind. Ganz anders wird die Stimmungslage, wenn der Durchschnittsmensch mitten in der Masse steht, wenn er die etwa von einer Sensation angezogene Volksmenge mit bilden hilft, wenn er den Kontakt der Tausende fühlt. Es tritt dann eine ganz merkwürdige Änderung der Wesenszüge aller der vielen Einzelnen auf, welche die Volksmasse zusammensetzen. Wie mit einem Zauberschlage schwindet dann alles das, was das Individuum dezennienlang entmarkt hatte, die Scheu, die Unsicherheit, die Beschränktheit, der Zweifel, aber allerdings auch alles das, was das Individuum dezennienlang geschützt hatte, die Erwägung, die Geduld, die Selbstkritik, der Respekt, das Verantwortungsgefühl, die Vorsicht. Alle Hemmungen, die falschen wie die weisen, fallen. Eine tatendurstige Gespanntheit herrscht, eine psychomotorische Ungeduld; es ist, als ob Tausende entschlossen seien, endlich und auf einmal sich schadlos zu halten für die lange Karenzzeit des Duldens, jetzt, wo sie Masse, Masse mit allen Sinnen sind. Eine sonderbare Beschränktheit, eine Einengung des Bewußtseins wie in der Hypnose ist allen den einzelnen gemeinsam, etwas von euphorischer Monomanie, von Besessenheit. Aber diese Tatbereitschaft weiß gar nicht recht, was sie will. Es fehlen hinter der psychomotorischen Mobilmachung die Staffeln der bestimmten Vorstellungen und des deutlichen Wollens. Deshalb wartet die Masse. Deshalb ist sie zugleich hilflos und unberechenbar gefährlich. Die Suggestion einer einzigen Zielvorstellung genügt, um die Masse sogleich in Stoßkraft zu verwandeln. Mit Erwägungen der Tragweite der Tat wird keine Zeit verloren.

Die Lehre, es könne die Masse dazu erzogen werden, sich selbst zu führen, ist deshalb trügerisch. Eigensteuerung der Masse ist eine psychologische Unmöglichkeit. Wer das Gegenteil verkündet, treibt eine Psychologie von Phantasten für Phantasten.

Dennoch kann der kritische Seelenzustand der Masse sich als überaus fruchtbar erweisen, nämlich dann, wenn der Impuls zur Bewegung von einem schöpferischen Genie, von einem der Großen ausgeht. Das Genie bringt das alles fertig mit, was der Massenpsyche abgeht, nämlich klare Vorstellungen, reife Pläne und deutliches, starkes Wollen. Andererseits weiß die Masse nichts von jenem leise ablehnenden Mißtrauen, von jenem Fremdheitsgefühl gegenüber den Großen, welches die einzelnen Herdenmenschen mehr oder weniger mit zögernder Voreingenommenheit erfüllt. Jetzt ergeht sich, erschöpft sich die Masse in Hingebungslust, in Willigkeit, in Begeisterung zu vollstem Vasallentum. Sie will dienen, aber nur in höchster Aktivität!

Augenblicke sind dann da, die auf Jahrtausende hinaus wirken, Augenblicke, in denen die Geschicke ganzer Völker entschieden werden. Das Schicksal der Nationen sind und bleiben ihre großen Männer. Die Aufgabe des Genies lautet: bereit sein, da sein und nicht zögern. Die Pflicht der Masse ist einfach Gehorsam!

Diese ethnischen Gewitter sind, ganz gleich was sie im einzelnen bringen, ein Bedürfnis für die Völker. Sie wirken lösend auf lähmende Spannungen, sie führen vorwärts, sie bereichern, beglücken und bessern. Der kleine Einzelne darf für eine kurze Zeit sein psychisches Helotenloos vergessen, aufatmend fühlt er sich als eine pars, oft wohl gar als eine magna pars des welthistorischen Vorganges. Das retrospektive Eingeständnis, daß nur die vereinte Kraft stark gemacht hat, zwingt intrapsychisch zu Besonnenheit und nach außen hin zu Altruismus, zu Güte, Liebe, Demut und anderen gern als christlich bezeichneten Sozialisierungen des Charakters. Die Masse aber hat gleichzeitig ihre Macht nicht minder wie deren Bedingtheit erkannt. Sie weiß, daß die Regie in den Händen eines Unerreichbaren lag, sie hat ihren Führer kennen gelernt und seine einzigartige Bedeutung; ihm vertraut sie nun ganz. In Zukunft wird sie blindlings überallhin folgen. Sie fühlt, daß sie selbst nur die letzte Innervation zu liefern hat, denn das Genie vollzieht alle andern psychischen Leistungen allein.

Nun erst erscheint das Volk psychisch defektfrei, normal. Mit schöpferischer Schnelligkeit hat sich eine machtvolle Organisation vollzogen, mit der Leichtigkeit einer natürlichen Entwicklung ist, noch dazu als Nebenergebnis, die Vertrustung



aller psychischen Kräfte der Nation ins Leben getreten.

Eine Regierung, welche wirklich regieren, also nicht nur verwalten sondern leiten will, muß nach Wegen suchen, dem Volke dieses Glück der Tatkraft zu sichern. Die Staatsleitung wird ein wenig Psychiater sein müssen, um den Weg zum Erfolg zu finden; Völker sind eben Fürsorgezöglinge. Aber da jene Empfänglichkeit der Massenpsyche sich leicht einstellt, nämlich dann immer, wenn es um allermenschlichste Dinge geht, bei denen die jedem angeborenen Gemeingefühle mitsprechen, und ferner dann, wenn es um ererbte Ideale geht, während lediglich interessante Gegenstände niemals massenbannende Wirkung üben, so genügt Kenntnis und Kontrolle des nationalen Gemütslebens, um die günstige Stunde und das richtige Wort zu finden.

Noch zu einem freilich sollte eine solche Regierung befähigt sein: zur Erzeugung von Genies. Solange sie das nicht kann, sei sie wenigstens Platzhalterin des Genies — **für den Platz an der Sonne!**

Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung.

Von Dr. **W. Münch**, Frankfurt a. M.

Die Epilepsie gehört zu den Krankheiten, deren Erforschung dem Arzte noch viele Schwierigkeiten bietet. Gerade die „genuine" Epilepsie, die ich in den Bereich der neuen Behandlungsversuche gezogen habe, ist noch so gut wie gar nicht ihrer Entstehung und ihrem Wesen nach genauer studiert.

Eine gewisse Ähnlichkeit, die manche Formen der „genuinen" Epilepsie mit der harnsauren Diathese zeigen, brachte mich auf den Gedanken, ein Mittel zu versuchen, das sich nach den Beobachtungen Volkmars häufig bei harnsaurer Diathese bewährt hat.

Krainsky war der erste, der die „genuine" Epilepsie als eine Stoffwechselanomalie auffaßte. Er zeigte durch Kaninchenversuche, daß das in der Anfallszeit entnommene Blut eines Epileptikers nach der Injektion typische Krämpfe hervorrief, während in der anfallsfreien Zeit keine Bluttoxizität zu konstatieren war. Nach seiner Auffassung besteht das Wesen der „genuinen" Epilepsie in einer periodischen Bildung von karbaminsaurem Ammonium im Organismus; dieser Stoff ruft die Anfälle hervor und zerfällt während derselben in Harnstoff und Wasser.

Kauffmann stellte die Theorie der toxinischen Epilepsie auf.

Nach Binswangers Ansicht ist die Anhäufung bestimmter, giftig wirkender Substanzen im Blute während der epileptischen Ladung eine Folge der durch pathologische Nervenreize veränderten Arbeitsleistung der Zentralnervenzellen, während durch die Entladung eine Entfernung dieser Toxine stattfindet. Gerade im Hinblick auf die Verschiedenartigkeit der Versuchsergebnisse ist der Schluß naheliegend, daß nur eine Gruppe von Epileptikern mit diesen Stoffwechselstörungen behaftet ist.

Da nun gewisse Formen von „genuiner" Epilepsie und harnsaurer Diathese auffällige Ähnlichkeit haben — beide Krankheiten leiten den Anfall häufig mit gewissen Vorboten ein; beide bedingen zeitweise Entladungen, während die Zwischenzeit nichts Abnormes zeigt; beide scheiden die toxischen Produkte im Anfall aus dem Blute aus usw. — und sich nach meinen, ebenso wie Volkmars Erfahrungen das Formaldehyd-Natriumbisulfit hervorragend bei der Behandlung der harnsauren Diathese bewährt hat, kam ich auf den Gedanken dieses Doppelsalz bei genuinen Epileptikern zu injizieren. Bei der Herstellung wurde jeglicher Kochsalzzusatz vermieden, um die Gerinnungsfähigkeit des Blutes nicht zu steigern. Das Mittel wird unter dem Namen „Antiepilepticum Dr. W. Münch" von der Engelapotheke in Frankfurt a. M. in den Handel gebracht. Um die Zersetzlichkeit zu verhüten, wurden Ampullen (à 10 ccm) gewählt. Die Injektion erfolgt nur intravenös, täglich einmal eine volle 10-ccm-Spritze, einige Wochen lang, bis ein Ausbleiben der Anfälle zu konstatieren ist.

Trotz zahlreicher Injektionen wurde noch nie ein unangenehmer Zwischenfall beobachtet. Volkmar erwies übrigens die Unschädlichkeit des Mittels durch zahlreiche Tierexperimente. Die Wirkung des Mittels erklärt sich wahrscheinlich durch die leichte Abspaltung der beiden Bestandteile, des Natriumbisulfit und Formaldehyd, die dann einzeln durch Bindung bezw. Oxydation die Entgiftung des Organismus bewirken dürften. Die sogen. „epileptische" Veränderung der motorischen Großhirnrinde wurde durch dreimal täglich er-



folgende Darreichung von Methylenblau-Zinc.-valer.-Kapseln zu beseitigen gesucht.

Es wurden 10 Epileptiker behandelt. Die ersten Versuche liegen etwa 2 Jahre zurück. Bei den meisten Patienten ließen die Anfälle nach 2—3 wöchiger Behandlung auffällig nach, um dann völlig zu verschwinden. Einzelne Kranke zeigten nach Beseitigung der Attacken Ausfallserscheinungen wie „Müdigkeit, Kopfweh" usw., jedoch nicht in dem Grade, wie es Binswanger von Patienten angibt, vornehmlich von solchen mit serienweisen Anfällen, bei denen sich nach Beseitigung der Attacken durch Brom die interparoxysmalen Krankheitserscheinungen mit vermehrter Macht zeigten (Kopfdruck, Angstgefühle, neuralgiforme Beschwerden). Es handelte sich in der Mehrzahl um jugendliche Personen, die alle Kuren ohne Erfolg durchgemacht hatten.

Sicher wird es eine Anzahl genuiner Epileptiker geben, die auf das Mittel negativ reagieren, da ja nur ein Teil der Fälle von genuiner Epilepsie auf Stoffwechselstörungen zu beruhen scheint. Trotzdem dürfte bei der absoluten Unschädlichkeit des Mittels (bisweilen tritt bei den ersten Injektionen Müdigkeit, leichter Frost auf!) bei jedem „genuinen" Epileptiker ein mehrwöchiger Versuch mit dem neuen Antiepilepticum angebracht sein, zumal wenn man das traurige Schicksal des Epileptikers bedenkt.

Wie weit Dauererfolge zu erzielen sind, müssen weitere Nachprüfungen zeigen.

Mitteilungen.

— Der **Erste Internationale Kongreß für Sexualforschung,** veranstaltet von der Inernationalen Gesellschaft für Sexualforschung, findet in **Berlin** in den Räumen des Abgeordnetenhauses vom 31. Oktober bis zum 4. November d. J. statt. Fast alle Kulturländer werden durch ihre ersten Sexualforscher vertreten sein. Der Kongreß wird allgemeine und Sektionssitzungen veranstalten. Als Sektionen sind eine kulturgeschichtlich-soziale, eine medizinisch-biologische, eine für Geburtenrückgang und Eugenik, eine juristische und eine pädagogisch-psychologische vorgesehen. Von den Vortragenden seien folgende genannt: August von Wassermann (Berlin), Julius Wolf (Berlin), Steinach (Wien), Seeberg (Berlin), von Strauß und Torney (Berlin), Mingazzini (Rom), Dessoir (Berlin), Michels (Basel), Goldscheid (Wien), Mittermaier (Gießen), René Worms (Paris), Edward Carpenter (England), Finger (Halle), v. Liebermann (Budapest), Klumker (Frankfurt), Leppmann (Berlin), Sellheim (Tübingen), Montesano (Rom), Corbett-Smith (London), Asnaourow (Genf), Poussep (Petersburg), Stanley Hall (Worcester), Steinmetz (Amsterdam), Ruhland (Würzburg), Veit (Halle), Menge (Heidelberg), Ziemann (Berlin), Broman (Lund), Havelock Ellis (London), Flournoy (Genf), Ursin (Helsingfors), S. Sergi (Rom), Gini (Padua), Roberty (Petersburg), Talmey (New York), Ufer (Elberfeld), Dück (Innsbruck).

Alle Anfragen betreffend den Kongreß sind an das Kongreßbüro (Sanitätsrat Dr. Moll, Berlin W. 15, Kurfürstendamm 45) zu richten.

Referate.

— Franz, V.: Der Lebensprozeß der Nervenelemente. Wiesbaden 1913. Verlag von J. F. Bergmann.

Verf. betont in der Einleitung den grundsätzlichen Unterschied zwischen Physischen und Psychischen, wenn auch gewisse Beziehungen zwischen beiden bestehen. Jeder scheinbare Monismus, der Haeckelsche sowohl, wie der Spinozasche, sind im Dualismus stecken geblieben, haben sich hierüber nur durch Worte hinweggetäuscht. Bei der Erforschung der Nervenbahnen haben die interessenten Deckglaskulturen von Harrison und Braus und Carrell den endgültigen Beweis der genetischen und funktionellen Einheit der Nervenzelle und Nervenfaser erbracht. Ermüdungserscheinungen sind an der Zelle in engerem Sinne mit Sicherheit nachzuweisen. Es ist wahrscheinlich, daß der Mensch durch zerebrale Arbeit neue Assoziationsbahnen schafft. Mögen gewisse Alterserscheinungen der Nervenzelle, wie feine Körnchenbildung in der Umgebung des Kerns, Abnahme der chromophilen Elemente, Verschwommenheit und Unregelmäßigkeit der Kernmembran, Zunahme des Pigments, Verkleinerung der Zelle selbst dann und wann im gealterten Organismus ausgeprägt vorkommen, so ist die gewöhnliche Art des Todes jedenfalls keine andere, als die, daß die Zelle abstirbt, wie jede andere auch, wenn die ganze Maschine des Organismus stille steht.

Jödicke-Stettin.

— Wagner von Jauregg, Prof.: Myxödem und Kretinismus. (Handbuch der Psychiatrie.) 91 Seiten, 8 Abbildungen. Leipzig, Verlag Deuticke. 3,50 M.

In kurzen, übersichtlichen Zügen schildert uns Verfasser zuerst die allmähliche Entwicklung unserer Kenntnisse von der Psychologie der Schilddrüse, zu deren Studium besonders die Chirurgen beigetragen haben. Und zwar handelt es sich vorwiegend um die Schilddrüse selbst (nicht auch um die Epithelkörperchen), deren mangelhafte oder fehlende Funktion das gemeinsame Band zwischen Myxoedem und Kretinismus darstellt.



Im einzelnen unterscheidet Verf. folgende 4 Formen:

1. Myxoedem der Erwachsenen (Charcots Cachexie pachydermique),

2. das operative Myxoedem (Cachexia strumipriva oder thyreopriva),

3. den endemischen Kretinismus (auch alpiner genannt),

4. den sporadischen Kretinismus.

Bezüglich des Myxoedems der Erwachsenen ist beachtlich, daß das weibliche Geschlecht bei weitem häufiger betroffen wird und daß die Erkrankung sich manchmal an Morbus Basedowi anschließt, gleichsam als würde die Rückbildung der Schilddrüsen-Hypertrophie zu weit gehen und zu einer Atrophie umschlagen. Die psychischen Störungen haben in vieler Hinsicht etwas charakteristisches, so daß Pilcz s. Zt. direkt von einem „myxoedematösen Geisteszustand" gesprochen hat; vorwiegend sind es Störungen des Wollens und Handelns, die man hierbei antrifft, Verstimmungen und Reizbarkeit sind häufig, Illusionen und Halluzinationen nicht selten.

Die Schilddrüse ist oft bis auf $^1/_{10}$ des Normalen (30 bis 60 g bei Erwachsenen) zusammengeschrumpft, selten findet sich pathologisch-anatomisch eine Vergrößerung. Die herrschende Methode der Behandlung ist die Verabfolgung von Schilddrüsentabletten, während die Transplantation tierischer Schilddrüsen verlassen ist, heilten doch diese artfremden Drüsen nie ein, und auch die Überpflanzung menschlicher Drüsenstücke scheint nicht Organisation zu bewirken. Wichtig ist, daß auch die geistigen Fähigkeiten bei richtiger Therapie sich zusehends wieder heben können.

Die Kenntnis des operativen Myxoedems verdanken wir vorwiegend Reverdin und Kocher, die beste Therapie ist hier die Prophylaxe.

Bereits im 16. Jahrhundert wußte man, daß Kretinismus endemisch — besonders in gewissen Gebirgsgegenden — vorkommt, ja er ist sogar über alle Weltteile und alle Zonen verbreitet (Hirsch) und zwar auch im Flachland, z. B. auf der Insel Schütt, in der ungarischen Tiefebene usw., dem Lauf der Flüsse folgt der Kretinismus zweifellos oft.

Symptomatologisch ist er bekanntlich durch idiotischen Schwachsinn resp. Blödsinn einerseits und durch bestimmte spezif. Anomalien der Körperbildung andrerseits ausgezeichnet, wobei die häufigsten und schwersten Störungen das Ohr betreffen. Ein charakteristischer Zug im Leben des Kretins ist ihre Torpidität und ihre Faulheit. Als Zeitpunkt der Entwicklung der Krankheit glaubt Verfasser, daß für einen Teil der Fälle schon ein intrauteriner Beginn anzunehmen ist, der aber erst später erkennbar geworden ist.

Pathologisch-anatomisch muß man jetzt, unterstützt durch die röntgenologischen Beobachtungen, als wichtiges Merkmal die Hemmung in der Verknöcherung des knorpeligen Skeletts ansehen.

Das Hirngewicht ist unter Berücksichtigung der geringen Körpergröße nicht auffallend niedrig, wohl aber findet sich öfters eine besondere Kleinheit des Kleinhirns, und fast nie fehlte die Schilddrüse völlig, jedoch war sie oft knorpelig entartet.

Die Organotherapie hat auch hier Erfolge erzielt, der Hypthyreodismus hat auf die Gehirnfunktion des Kretins also sicherlich Einfluß.

Wert legt Verfasser auf das Trinkwasser unter Berufung auf die bekannten Verhältnisse in den Gemeinden Rupperswyl (Aargäu) und Bozel in der Tarantaise.

Am Schluß äußert sich Verfasser noch über den sporadischen Kretinismus (Thyreoaplasie und infantiles Myxoedem), der auch die wesentlichen Züge trägt: Wachstumsstörung, Hautveränderung und mangelhafte Entwicklung des Genitalapparates und meist auch Idiotie. Pathologisch-anatomisch erwähnenswert ist die Einlagerung homogener scholliger Substanz zwischen Sarkolemm und kontraktiler Substanz der Muskeln (Marchand).

Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Über Versuche, das Quecksilber in einer neurotropen Form zu verabreichen.** Von Dr. K. Rühl, Turin. Dermatolog. Wochenschr. 1914 Bd. 58 Nr. 18.

Serono (XXIII. Italien. Kongr. f. innere Med. Rom, Dezember 1913) hat nachgewiesen, daß im Organismus das Lezithin stets an die Ester des Cholesterins gebunden ist, namentlich an das Oleat, als Fixatoren der phosphorhaltigen Lipoide (Lezithine) wirken und sie vor den Angriffen des Mittels, in denen sie sich befinden, schützen, indem sie um diese Lipoide ein kolloidales, für Wasser durchlässiges, aber nicht in demselben lösliches Milieu bilden. Freies Cholesterin wird, wenn es nicht wieder verestert wird, vom Organismus durch Haut, Galle oder Darm ausgeschieden oder gespalten. Cholesterin (u. dessen Ester) stellt für das Lezithin in den Geweben ein ähnliches Schutzmittel dar, wie das Muzin für die serösen Häute und die Schleimhäute. Die Lipoide im allgemeinen und die Ester des Cholesterins im besonderen fungieren als Vehikel für die Enzyme und befördern die Einführung dieser in das Innere der Zellen, und zwar die Ester des Cholesterins auch als Vehikel von für den Organismus fremden Stoffen, sofern diese in ihnen löslich sind.

Ferner fand Serono, daß das Nervengewebe keine nachweisbaren Mengen von neutralen Fetten enthält, daß die phosphorhaltigen Lipoide des Gehirns ausschließlich durch Oleïn- und Palmitinlezithine vertreten sind und daß im Gehirn die Fettsäuren, die an der Zusammensetzung des Moleküls der Cholesterin- und Lezithinester teilnehmen, im wesentlichen die Oleïn- und die Palmitinsäure sind.

Demzufolge versuchte Serono die Ester des Cholesterins als Vehikel für medikamentöse Substanzen zu benutzen.

Er stellte ein Doppeloleat von Kupfer und Cholesterin, den Cholesterinester der Monojodooleïnsäure und ein Doppeloleat von Quecksilber und Cholesterin her. Letzteres eine besonders neuro-



trope Quecksilberverbindung von teigiger salbenartiger Konsistenz und hellgelber Farbe, in Äthyläther, Benzol, Chloroform und in allen tierischen und pflanzlichen Ölen in jedem Verhältnis löslich, wird zur therapeutischen Anwendung in Mandelöl gelöst, in einem Verhältnis, daß 1 ccm der hypodermatisch anzuwendenden Lösung 0,01 metallischen Hg (= 0,0135 Sublimat) enthält.

Das neue Präparat wird unter dem Namen Mercuriocoleolo in den Handel gebracht.

Nach Sanmartino (Institut für physiologische Chemie der Universität Rom) sind die Einspritzungen nicht schmerzhafter als diejenigen von Kalomel und von Sublimat, und zwar sind nur die ersten Injektionen etwas schmerzhaft; bei den weiteren tritt keine lokale schmerzhafte Reaktion mehr ein. Die Hg-Bestimmung im Harn (nach der Ludwigsschen Methode und nach dem elektrischen Verfahren) ergab eine ziemlich rasche Resorption des Hg, bereits nach der Einspritzung von 2 ccm Mercuriocoleolo war Hg im Harn nachweisbar. Nach der subkutanen Einverleibung des Präparates sammle sich im Organismus mehr Quecksilber an, als z. B. bei der hypodermatischen Verabreichung von löslichen Hg-Präparaten.

Sanmartino hat in der Augenklinik der Universität Rom bei einer Reihe von Luetikern mit dem neuen Medikament sehr befriedigende Resultate erhalten, Mingazzini bei Kopfschmerzen von rein luetischer Natur eine prompte günstige Wirkung gesehen, er empfiehlt, Versuche bei Arteriitis luetica des Gehirns und bei luetischer Meningitis anzustellen.

Nach Marziani (dermosyphilopathische Universitätsklinik in Parma) war in einer Reihe von Fällen von Primär- und Sekundärlues die spezifische Wirkung eine sehr gute; die Wassermannsche Reaktion wurde nur in einem Teil der Fälle beeinflußt; in einigen Fällen Stomatitis. In allen Fällen Vermehrung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobingehaltes des Blutes.

Cervelli berichtet bei 20 Fällen von gewöhnlicher primärer und sekundärer Lues und einem Fall von Lues cerebri über ausgezeichnete Resultate, Cerletti bei 10 Fällen von progressiver Paralyse in der römischen Irrenanstalt in einem Teil derselben über Besserung der klinischen Symptome, Montesana über ausgezeichnete Resultate bei Tabes dorsalis.

Nach Rühls Versuchen entsprechen die Injektionen von Mercuriocoleolo in bezug auf Schmerzhaftigkeit denjenigen von salizylsaurem Hg.

— **Erfahrungen mit Digifolin.** Von Dr. med. Erich Grabs. (Aus der I. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban zu Berlin. Geheimrat Professor Dr. A. Fraenkel.) Berl. klin. Wochenschr. 1914 Nr. 5.

Zusammenfassung: „1. Digifolin wird in Tabletten und Ampullen von 0,1 Fol. digit. titr. in den Handel gebracht.

2. Mit Digifolin per os, subkutan, intramuskulär und intravenös haben wir in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine gute Digitaliswirkung erzielt.

3. In allen Fällen, welche für die Digitalisbehandlung am geeignetsten sind — Mitralfehler, Myodegenerationen, akute Dilatationen —, war die Wirkung des Digifolins eine kräftige Digitaliswirkung. Sie war nie geringer als die anderer Kardiotonika.

4. Wir gaben Digifolin in Dosen von zwei- bis viermal 0,1 täglich stomachal oder per injectionem. In Fällen, in denen Eile nottat oder starke Ödeme, Atemnot vorhanden waren, oder welche mit Nephritis kompliziert waren, haben wir mit Digifolin und dreimal 1,0 Diuretin oder mit Pausen je 3 Tage lang je 2 Euphyllinzäpfchen = 0,36 gute Erfolge zu verzeichnen.

5. Die Kontrolle der Wirkungen einzelner Injektionen hat gezeigt, daß man in Fällen von Gefahr mit Injektionen von ein bis zwei Ampullen subkutan oder intramuskulär meistens dasselbe erreicht wie mit intravenösen Injektionen.

6. Nebenwirkungen haben wir nie gesehen, auch nach großen stomachalen Dosen kein Erbrechen. Nur nach subkutanen und intramuskulären Injektionen klagt ein Drittel der Kranken über ungefähr eine Stunde dauernde Schmerzen. Die intravenöse Injektion ist im Gegensatz zu den Gefahren der Strophanthininjektion noch bei 3 Ampullen ungefährlich.

7. Wir schätzen am Digifolin seine völlige Reinheit, Haltbarkeit, genaue Dosierbarkeit, Freiheit von Nebenwirkungen und seine Zuverlässigkeit."

— **Über Reuschs Pino-Bad.** (Aus der St.-Josefs-Heilanstalt zu Berlin-Weißensee.) Von Nervenarzt Dr. med. Topp, dirigierendem Arzte der Anstalt. Der praktische Arzt 53 Jahrg. 1913.

„Das Pino-Bad ist ein fluoreszierender Fichtennadelauszug von hohem Gehalt an ätherischen Ölen, kombiniert mit Ozonverbindungen. Wird es dem Badewasser zugesetzt, so löst es sich in demselben sofort und erzeugt ein Bad von herrlicher fluoreszierender Färbung, dem der angenehme wohltuende Geruch frischer Nadelhölzer in intensiver und doch nicht zu aufdringlicher Weise entströmt. Die günstige Wirkung tritt sofort ein. Die Atmung wird tiefer, freier und leichter, ein wohliges Erschlaffungsgefühl tritt ein, das bei längerer Badedauer in ein ausgesprochenes Ermüdungsgefühl übergeht. Nach dem Bade tritt meistens ein angenehmes leichtes Hautprickeln ein, das ein sehr wohliges Allgemeinbefinden hinterläßt. Nachträgliche Spülbäder, wie sie bei anderen Fichtennadelextrakten zur Reinigung des Körpers vielfach erforderlich sind, erübrigen sich bei den Pino-Bädern völlig."

„Ausgesprochen prolongierte Bäder mit Pino zu kombinieren, erscheint mir nach meinen Erfahrungen dagegen nicht zweckmäßig, es wurde nach solchen von einzelnen noch leidlich geordneten Kranken über Kopfdruck bezw. Kopfschmerz geklagt."

— **Zur Wirkung des Digifolins.** Von Dr. Max Kärcher. Die Therapie der Gegenwart 55. Jahrg. März 1914.

K. hat selbst bei den höchsten zulässigen Dosen nicht in einem einzigen Falle die geringsten Nebenerscheinungen auftreten sehen, so daß er in dieser Hinsicht Digifolin als ein völlig reizloses Präparat bezeichnen kann. Besonders befriedigt war er von dem Erfolg der subkutanen Injektionen, die ausnahmslos völlig schmerzlos ertragen wurden und keinerlei örtliche Reizerschei-



nungen hervorriefen. Da die intramuskulären, besonders aber die intravenösen Injektionen für den praktischen Arzt doch weniger in Frage kommen und sich bei dem allgemeinen Praktiker auch keiner so großen Beliebtheit erfreuen, sei es gewiß als ein bemerkenswerter Fortschritt zu begrüßen, daß wir nunmehr ein Digitalispräparat besitzen, bei dem die subkutane Applikationsweise auf keine Schwierigkeiten mehr stößt. Dieselbe sei aber in allen denjenigen Fällen, wo eine möglichst rasche Wirkung indiziert ist, nicht mehr zu umgehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 20. 15. August **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Aus der Fürstlich Lippeschen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus.

Epilepsie und Kochsalz.

Von **W. Alter** und **M. Thumm.**

Eigenartige, aber häufige einheimische Krankheitszustände, die nur als Epilepsien mit latenter Paroxysmie verstanden werden können, legten uns zu klinisch-diagnostischen und besonders zu forensischen Zwecken die Frage nahe, ob durch plötzliche Veränderungen im Stoffwechselchemismus eine Provokation solcher latenter Paroxysmen bewirkt werden könne. Nach der heut fast allgemein geltenden Auffassung erwarteten wir eine solche Provokationswirkung am ehesten aus einer hochgradigen Steigerung des Kochsalzanteils im Blut, also aus einer starken Kochsalzzufuhr, die wieder am sichersten dadurch zu erreichen war, daß eine konzentrierte Kochsalzlösung durch intravenöse Einspritzung unmittelbar in die Blutbahn eingebracht wurde. In dieser Planung haben wir — nach einer Reihe von Vorversuchen, die bei einwandsfreier Technik eine vollkommene Gefahrlosigkeit des Verfahrens erwiesen — zunächst bei einigen weiblichen Epileptischen je 20 ccm einer 49—50%igen Lösung von Na Cl puriss. in Aqu. dest. intravenös eingespritzt, bei der einen Kranken haben wir diese Einspritzung am nächsten Tage wiederholt, bei allen dreien haben wir an diesem zweiten Tage außerdem noch 25 g Na Cl in Lösung intramuskulär verabreicht.

In allen drei Fällen blieb jede provozierende Wirkung aus. In einem Falle trat 24 Stunden nach der ersten Injektion ein Anfall auf; der wenige Stunden danach gegebenen zweiten und verstärkten Injektion folgte aber binnen mehreren Tagen kein weiterer Anfall; im 2. und 3. Fall fehlten in der gleichen Zeit alle paroxysmalen Zustände.

Dieses negative Ergebnis verschob den ursprünglichen Versuchszweck zu der Fragestellung: verdient das Kochsalz als Stoffwechselanteil überhaupt die Rolle, die man ihm und seinen Beziehungen in der Epilepsiefrage und zur Bromwirkung heut fast allgemein zuerkennt?

Aus dieser zweiten Fragestellung, deren Beantwortung die erste ohnehin erledigen mußte, haben wir dann — nachdem weitere Vorversuche auch dieses Vorgehen als einen durchaus gefahrlosen Eingriff festgestellt und gestattet hatten — ausgedehntere Versuche unternommen, die zu ihrem Zweck in der gleichen Technik eine außerordentliche Steigerung des Kochsalzanteils beabsichtigten und daher von vornherein auf eine Verdopplung des normalen Blutkochsalzgehalts eingestellt wurden.

Den normalen Gehalt an Na Cl haben wir dabei in jedem einzelnen Falle aus dem Körpergewicht berechnet nach der Formel: $^1/_{100}$ Blutmenge mal 0,646, wobei sich die Blutmenge als ein Zwanzigstel des Körpergewichts bestimmte. Die nach dieser Berechnung individuell ermittelten Mengen von konzentrierter Kochsalzlösung wurden in die Kubitalvene infundiert; nur in einigen Fällen, wo das wegen ungenügender Venenentwicklung unmöglich war, wurde, um möglichst den gleichen Effekt zu sichern, das anderthalbfache der nach der Formel berechneten Salzmenge in Lösung intramuskulär injiziert.

Diese ganz außerordentlich starke Übersalzung des Körpers hat in keinem Falle einen epileptischen Anfall unmittelbar hervorgerufen. Aus der



beigefügten Tabelle A ergibt sich, daß der Injektionstag, der 14. März, und der nächstfolgende Tag bei unseren Kranken die beiden einzigen völlig anfallsfreien Tage während des ganzen Monat März gewesen sind. Daß es sich dabei nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handeln kann, folgt einmal aus der verhältnismäßig großen Zahl der Versuchspersonen und wird außerdem durch einen Blick auf Tabelle B. bestätigt: unter den männlichen Epileptikern, die nicht gespritzt waren und daher als Kontrolle dienen konnten, hat an den beiden Tagen eine ganze Reihe Kranker Anfälle erlitten. — Von den einzelnen Versuchspersonen hat die zu häufigen Anfällen neigende Kranke A 5 etwa 40 Stunden nach der Einspritzung den ersten Anfall und in der gleichen Nacht, vom 15. zum 16., noch zwei weitere gehabt. Erst am Abend des 16. sind auch bei mehreren anderen Kranken die Anfälle zurückgekehrt und von da an auch weiterhin in der alten Reihenfolge aufgetreten. — Die Fälle, bei denen die Salzzufuhr intramuskulär erfolgt ist, haben trotz der langsameren Resorptionsweise kein abweichendes Verhalten gezeigt.

In ihren allgemeinen Begleiterscheinungen erschien die intravenöse Hyperchlorierung, die doch eine ebenso erhebliche wie plötzliche Veränderung aller osmotischen Voraussetzungen im Blut bedeutete, entgegen allen aus der Physiologie möglichen Erwartungen und Befürchtungen schon in den Vorversuchen verblüffend belanglos. Sie hat in guter Technik auch bei den Epileptikern nicht die geringste Gesundheitsstörung bewirkt. Die Infusion war in einem Teil der Fälle von jenem leichten, schokartigen Schwindelgefühl begleitet, das nach vielen intravenösen Darreichungen erfolgt und sicherlich zumeist eine psychogene Störung bedeutet, bei 5 Kranken trat in den ersten Stunden nach der Infusion ein starkes Durstgefühl auf, 2 klagten vorübergehend über Kopfschmerzen, 10 zeigten gegenüber der Kontrollkurve eine geringe Temperaturerhöhung, also leichtes „Salzfieber"; es blieb aber subfebril und verschwand sehr rasch. Veränderungen im Hämoglobingehalt und im Blutbild sind in keinem Fall beobachtet worden.

Trotz der zahlreichen einschlägigen Voruntersuchungen erschien es uns zweckmäßig, die Erfahrungen aus einer unmittelbaren Überchlorierung des Blutes auch durch eine Versuchsreihe nach dem bisher geübten peroralen Verfahren zu ergänzen. Wir haben dazu wieder grundsätzlich und aus den einleitenden Erwägungen besonders hohe Gaben von Kochsalz angewendet: wir haben 15 männlichen Epileptikern an je 10 aufeinanderfolgenden Tagen bei fleischfreier laktovegetabiler Diät, wie sie alle Epileptiker in Lindenhaus erhalten, je 50 g Na Cl in Himbeersyrup verabreicht. Der Erfolg war auch hier — wie aus Tabelle B hervorgeht — jedenfalls keine Vermehrung, sondern eher eine Verminderung der auf die einzelnen Tage entfallenden Gesamtziffer der Anfälle. Nur bei einem Kranken — B 14 — traten in den ersten Kochsalztagen gehäufte und verhältnismäßig schwere Anfälle auf; sie haben im weiteren Verlauf des Versuchs aber wieder aufgehört. Da der Kranke außerdem vorher keine längere anfallsfreie Zeit erlebt hatte und überhaupt zu statusartiger Häufung seiner Anfälle neigt, läßt sich die Steigerung der Anfallszahl hier nicht ohne weiteres dem Kochsalz zur Last legen: sie kann eine rein zufällige Erscheinung gewesen sein. Bei einem anderen Kranken, B 7, der in der vorhergehenden Woche zahlreiche, aber durchweg leichte Anfälle, z. T. nur Schwindelattacken gehabt hatte, traten die Anfälle während der Kochsalztage zwar in geringerer Zahl, der Art nach aber schwerer auf: mit stärkeren Zuckungen und in längerer Dauer.

Diesen beiden Fällen stehen aber wieder zwei andere Kranke gegenüber, denen das Na Cl eine ganz einwandsfreie und deutliche Besserung gebracht hat: B 11 hatte während der Salzzufuhr nur ganz leichte Schwindelanfälle; die sonst stets vorhandene hochgradige Erreglichkeit trat vollkommen zurück, der Kranke war geordneter, als er es je vorher oder nachher gewesen ist. Dieselbe günstige Wirkung ergab sich bei B 5: auch dieser Kranke war bei leichterem Anfallstyp nicht nur ruhiger, sondern auch bei weitem klarer und psychisch freier als sonst. Bei B 1 und B 6 sind während der Kochsalztage die Anfälle ganz ausgeblieben; bei B 2 hat sich ihre Zahl auffällig vermindert. Diese Wirkungen sind jedenfalls nicht uninteressant: aber wenn man sie auch zugunsten einer verallgemeinernden Zusammenfassung vernachlässigt, so bleibt doch als sicheres Ergebnis zum mindesten die Feststellung, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken eine in 10 Tagen verabreichte Kostzulage von insgesamt 500 g Na Cl keine eindeutige Änderung in Zahl und Art der Anfälle wie im psychischen Verhalten hervorgerufen hat.

Es ist zu betonen, daß in den Wochen während, vor und nach unseren Versuchen bei dauernd tiefem Barometerstand die atmosphärischen und klimatischen Verhältnisse fast ganz gleichmäßig geblieben sind, so daß eine Fälschung der Ergebnisse



durch unbestimmbar wechselnde Witterungseinflüsse so gut wie ausgeschlossen ist. Ferner waren unter unseren 32 Versuchspersonen die verschiedensten Lebensalter (von 14 bis 76) und die verschiedensten Epilepsieformen — mit ausgeprägten psychischen Alterationen und ohne solche, Kranke mit seltenen und andere mit regelmäßigen und häufigen Krämpfen, Medikamentösbehandelte und Arzneifreie — vertreten. Wo vor Beginn der Versuche regelmäßig Arzneien gegeben worden waren (Brom, Chloral, Paraldehyd und Arzneigemische), wurde diese Medikation auch während der Kochsalztage unverändert fortgesetzt. Diese gleichzeitige arzneiliche Behandlung hat den Ausgang der Versuche in keiner Weise beeinflußt. 7 Kranke standen dauernd unter Brom: bei ihnen gelang die Provokation von Anfällen genau so wenig, wie bei den Bromfreien. Insbesondere sind die beiden einzigen Kranken, bei denen die Anfälle sich unter Kochsalzwirkung in schwerer Form zeigten, seit längerer Zeit bromfrei gewesen, sie hatten auch an den dem Versuch vorausgehenden Tagen noch Anfälle gehabt.

Wir heben diese Tatsachen besonders hervor, weil sie zur Beurteilung und Bewertung unserer Versuche nach der bisher geltenden Auffassung besonders belangreich sind.

Wir sind ja nicht die ersten gewesen, die der einleitenden Fragestellung nachgegangen sind: ähnliche Versuche hat Ullrich angestellt und berichtet. Er hat bei 12 Epileptikern durch mehrtägige perorale Zufuhr von Kochsalz (20 bis 30 g täglich) Anfälle hervorgerufen: er führt dieses provokatorische Ergebnis der Kochsalzzufuhr im wesentlichen darauf zurück, daß seine Kranken durchweg bromisiert und „geladen", d. h. seit einiger Zeit anfallsfrei gewesen waren.

Diese Erfahrungen und die günstige Einwirkung des Na Cl auf den Bromismus, die er beobachtet hat, und mit Wyß aus der Beseitigung des Chlormangels im Blut erklärt, bedeuten für Ullrich eine wertvolle Unterstützung für die Hypothese vom Antagonismus des Brom und Chlor — also jener Hypothese, die seit Toulouse-Richet für die Chemotherapie beinahe zum Dogma geworden ist und in der deutschen Literatur die schroffste Heraussetzung in den Arbeiten von den Veldens und von Wyß' gefunden hat.

von den Velden hat bei „gewissen noch nicht veralteten" Formen von genuiner Epilepsie nach einer anfallsfreien Zeit schon durch ganz geringe Na Cl-Zulage (3 bis 5 g täglich) epileptische Anfälle oder ihre Äquivalente auftreten sehen. Er will diesen Erfolg nicht auf jede Form der Epilepsie verallgemeinern — aber er gelangt trotzdem zu den weitestgehenden Schlüssen: er sieht in der ganzen Bromwirkung nichts anderes, als eine Entchlorung des Organismus: nicht die Häufung der Bromionen, sondern die dadurch bedingte Minderung der Chlorionen gewährleiste die Wirkung der Brombehandlung.

von Wyß betrachtet gleichfalls den Chlorstoffwechsel als ein wesentliches Problem der ganzen Epilepsiefrage — und als den Kernpunkt für die Gestaltung der Bromwirkung und der Anfälle.

Dieser ganzen Anschauungsweise sind Jödicke, Balint, Januschke und Bernoulli bereits mit experimentellen Feststellungen entgegengetreten.

Jödicke ist in umfangreichen und durch Stoffwechselkontrollen gestützten Versuchen zu dem Resultat gelangt, daß Kochsalzentziehung allein ohne gleichzeitige Medikation ebenso wenig zu einer Verminderung der Anfälle führt, wie die gesteigerte perorale Kochsalzzufuhr zu einer Vermehrung; er sah im Gegenteil im letzteren Falle die Zahl der Krämpfe fast durchweg sich mindern, während es andererseits bei starker Entchlorung des Organismus zu Ausfallserscheinungen kam: zu schweren psychischen und physischen Störungen. Er bestreitet danach, daß das wirksame Prinzip der Bromtherapie nur in dem gleichzeitigen Defizit an Chlorionen gegeben sein könne: es komme vielmehr den Bromionen eine direkte und spezifische Wirkung zu — ebenso in therapeutischer wie in toxischer Hinsicht..

Balint, der früher der entgegengesetzten Anschauung zuneigte, hat in einer neueren Arbeit bestätigt, daß Salzentziehung allein, ohne Bromdarreichung, keinen bessernden Einfluß gegenüber den Anfallserscheinungen ausübt.

Januschke hat festgestellt, daß die Steigerung der Bromwirkung, die er bei einer mäßigen Entziehung des Kochsalzes, also bei einer Reduzierung des Chloranteils beobachten konnte, keineswegs ausschließlich an dieses Verhältnis, an die Antithese Brom-Chlor, gebunden war: er vermochte die gleiche Wirkung, also eine Steigerung des narkotisierenden Effekts der Bromionen, auch aus einer Minderung anderer lebenswichtiger Zellbausteine, der Lipoide und des Calcium, zu folgern.

Bernoulli hat schließlich nachgewiesen, daß auch die Fähigkeit toxische Bromdosen zu neutralisieren, keineswegs dem Na Cl spezifisch vorbe-



Tabelle A über die Anfallsziffern bei 17 weiblichen Epileptikern während des Monat März 1914.

Das Zeichen * bedeutet Injektionstag.

Nummer des Falles	Datum																															Gesamtanfallsziffer im Monat		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	März	Januar	Februar
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	*	1*	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	21	10
2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	*	*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	*	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5
4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	0	*	0	0	2	0	0	3	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	0	19	21	5
5	1	0	0	1	9	0	0	0	0	1	3	1	0	*	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	2	1	29	12	23
6	1	0	2	2	0	1	1	1	1	2	1	1	1	*	0	2	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	24	25	12
7	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	*	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	11	6	12
8	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	2	0	*	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	13	6	5
9	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	*	0	3	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	1	14	16	8
10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	2	12
11	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	*	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	10	5	10
12	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3
13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	8	4
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2
Sa.	8	3	5	6	13	3	3	3	3	3	7	13	2	0,	0	14	7	6	1	4	1	1	7	5	3	3	7	3	1	3	5			

Erklärungen der Fälle:

1. G. H., 21 J., Imbez., Ep. seit 5. Lebensj., häufige große Anfälle; Medikation: keine.
2. D. S., 49 J., durchschn. 1—2 Anfälle im Monat, häufige Erregungs- und Verwirrungszustände; Medik.: keine.
3. W. R., 76 J., Spätep. Anfälle meist mit mehrwöchigen Pausen; Medik.: keine.
4. F. D., 15 J., infantile Ep., häufige klonischton. Krämpfe; Med.: Brom.
5. M. M., 17 J., Ep. seit 14. Lebensj., häufige Anfälle, 3. Juli Status, mäßige Demenz; Medik.: Brom.
6. L. L., 39 J., Ep. seit 12. Lebensj., häufige kurzdauernde Krämpfe, Demenz; Medik.: keine.
7. B. W., 26 J., Anfälle unregelmäßig, häufig, auch Schwindel; Medik.: keine.
8. M. B., 16 J., infantile Ep., häufige Anfälle, gelegentlich Verstimmung; Medik.: keine.
9. Chr. B., 45 J., Ep. seit 18. Lebensj., ziemlich häufige Anfälle, gelegentlich Schwindel; Medik.: Brom.
10. A. M., 54 J., Ep. seit 13. Lebensj., tonischklon. Krämpfe, unregelmäßige Wiederkehr, Demenz; Medik.: keine.
11. M. H., 22 J., Ep. seit 10. Lebensj., Anfälle unregelmäßig häufig, Verwirrtheitszustände, Demenz; Medik.: keine.
12. M. L., 30 J., Ep. seit 12. Lebensj., schwere Anfälle, 3—4 im Monat, gewalttätig; Medikation: keine
13. K. M., 27 J., infantile Ep., nicht häufige, aber sehr schwere Anfälle; Medik.: keine.
14. M. R., 16 J., infantile Ep., seltene Anfälle, seit 1 Jahr keine mehr; Medik.: keine.
15. E. R., 18 J., Ep. seit 14. Lebensj., seltene Anfälle (2—3 im Monat); Medik.: keine.
16. O. W., 19 J., seltene Anfälle, seit Monaten keine; Medik.: keine
17. D. W., 50 J., infantile Ep., Spätkatatonie, ep. Anfälle regelmäßig alle 2 Wochen; Medikation: keine.

Tabelle B über die Anfallsziffern bei 15 männlichen Epileptikern während des Monat März 1914.

Nummer des Falles	Datum*) 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19 +	20 +	21 +	22 +	23 +	24 +	25 +	26 +	27 +	28 +	29	30	31	Gesamtanfallsziffer im Monat: März	Januar	Februar
1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3
2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	1
3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	6	4	4
4	0	2	3	2	4	4	0	3	0	8	4	2	5	4	7	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	53	50	51
5	0	3	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	12	10	6
6	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	12	7	4
7	0	0	0	1	1	4	0	0	2	8	8	1	0	0	1	2	3	0	4	4	0	1	0	2	0	3	0	0	1	1	0	47	61	59
8	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	14	11	7
9	0	0	0	0	1	1	2	3	1	6	5	12	11	2	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	50	8	16
10	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	10	12
11	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	2	0	4	0	2	1	0	0	4	3	3	2	0	0	1	1	1	3	0	2	33	55	41
12	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	12	7	20
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	5	2
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	8	17
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	6	0	13
Sa.	4	7	6	4	12	12	14	11	4	26	21	23	21	11	13	7	9	4	12 +	20 +	5 +	9 +	7 +	5 +	5 +	5 +	4 +	3 +	4	5	7			

*) Die mit + bezeichneten Daten sind die 10 Kochsalztage.

Erklärungen der Fälle:

1. P. Z., 35 J., Ep. seit 22. Lebensj., schwere Anfälle, 4—6 im Monat, Demenz; Medik.: Brom.
2. A. M., 41 J., Ep. seit 9. Lebensj., Anfälle von wechselnder Häufigkeit, mäßige Demenz; Medik.: Brom.
3. W. D., 54 J., Ep. seit 20. Lebensj., Anfälle ca. wöchentlich 1, zeitweise Depression und Erregungszustände; Medik.: keine.
4. P. G., 21 J., Ep. seit 8. Lebensj., sehr häufige Anfälle, hochgradige Demenz; Medik.: Gemisch Chloral-Mo.-Vero.
5. F. L., 33 J., Ep. seit 26. Lebensj., neben großen epileptischen auch zeitweise hysterische; Medik.: keine.
6. A. J., 32 J., Ep. seit 16. Lebensj., ziemlich häufige Anfälle, Erregungszustände; Medik.: Chloral-Mo.
7. F. R., 14 J., infantile Ep., Anfälle schwer und sehr häufig, hochgradige Demenz; Medik.: keine.
8. H. S., 30 J., Ep. seit 11. Lebensj., häufige Anfälle; Medik.: Chloral-Mo.
9. W. R., 28 J., Ep. seit 12. Lebensj. (Trauma), sehr häufig Anfälle, hochgradige Demenz; Medik.: Paraldehyd.
10. A. B., 29 J., Pubertätsep., wöchentlich 2 bis 3 Anfälle, zeitweise Verwirrtheitszustände; Medik.: keine.
11. E. J., 34 J., Ep. seit 4. Lebensj. (Trauma), zahlreiche Anfälle und Schwindel; Medik.: Brom.
12. O. M., 30 J., Ep. seit 20. Lebensj., 2—4 Anfälle in der Woche; Medik.: keine.
13. K. M., 40 J., Pubertätsep., Anfälle unregelmäßig; Medik.: Brom.
14. K. V., 31 J., Ep. seit 16 J. (Trauma), zahlreiche Anfälle, Verstimmungen, Demenz; Medik.: keine.
15. H. V., 18 J., Ep. seit 14 J., Anfälle unregelmäßig, Dämmer- und Erregungszustände; Medik.: Gemisch Parald.-Mo.-Vero.

halten ist, sondern in gleicher Weise auch anderen Neutralsalzen — z. B. dem Na S O 4 — zukommt.

Schon diese Feststellungen sind zweifellos geeignet, die von Toulouse-Richet angeregten und von Ullrich, von Wyß und von den Velden unterstützten Anschauungen über die Bedeutung des Kochsalzanteils im Stoffwechsel der Epilepsie stark zu erschüttern: unsere Ergebnisse widerlegen diese Anschauungen mit eindeutiger Bestimmtheit.

(Schluß folgt.)

Referate.

— Meyer, E.: Die psychiatrische und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr. Archiv für Psychiatrie Bd. 53 H. 2.

Wer wie Ref. die früheren ungünstigen Verhältnisse der Königsberger psychiatrischen Klinik genauer kennt, der wird mit ganz besonderer Freude die obigen Aufzeichnungen lesen. Ist es doch durch die nie ermüdende Regsamkeit und Ausdauer E. Meyers gelungen, jetzt eine Klinik zu leiten, die sich ihren übrigen deutschen Schwestern würdig an die Seite stellen kann und die alle Einrichtungen usw. besitzt, wie sie nicht nur für die Kranken erforderlich sind, sondern wie sie auch Unterricht und Forschung erheischen.

Der Erfolg ist denn auch jetzt schon erkennbar insofern, als sich — nach privater Mitteilung — die Zahl der Aufnahmen annähernd verdoppelt hat.

Kürbitz-Sonnenstein.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne. Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 21/22. 29. August **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Aus der Fürstlich Lippeschen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus.

Epilepsie und Kochsalz.

Von **W. Alter** und **M. Thumm.**

(Schluß.)

Wir haben bei unseren Versuchen, um überzeugende Ergebnisse zu erhalten, stärkere probatorische Dosen angewendet, als wohl je vorher gegeben sind. Dabei mußte die intravenöse Einverleibung zum mindesten die Möglichkeit einer sofortigen Ionisierung des Na Cl und die denkbar stärkste Angriffsfähigkeit zu den ihm zugänglichen Organzellen gewährleisten: der Erfolg dieser brüsken und extremen Hyperchlorierung war nicht eine Vermehrung, sondern ein Aussetzen und — wie ein Blick auf die Tabelle A zeigt — vielleicht auch eine nachhaltige Minderung der Anfälle. Dieses Ergebnis beweist, daß es unmöglich ist, durch eine unmittelbare — selbst noch so hohe! — Steigerung des Na Cl-Anteils im Blut epileptische Anfälle auszulösen: aber es beweist auch in Übereinstimmung mit den Ziffern der Tabelle B, daß die ganze Anschauung, die dem Chlorgehalt des Organismus einen ausschlaggebenden Einfluß auf die Gestaltung der Epilepsie einräumt, unmöglich richtig sein kann. Die praktischen Erfolge der kochsalzarmen diätetischen Behandlung der Epilepsie dürfen in keinem Falle aus einer spezifischen Schädlichkeit des Chloranteils im Stoffwechsel erklärt werden oder aus seinem angeblichen Antagonismus zum Brom. Die Besserung der Bromwirkung durch Kochsalzentziehung bedeutet nichts, als den Effekt eines Salzhungers der Zelle, der deren Avidität auch für die Bromsalze steigert und dadurch das Brom selbst zu prompterer Verankerung und besserer Wirksamkeit gelangen läßt. Der Nutzen des Na Cl beim Bromismus ist — soweit nicht die Vergiftungserscheinungen aus einer Verdrängung des H Cl durch H Br gefolgt sind und mit dem Wiederauftreten des H Cl behoben werden — wahrscheinlich aus ganz allgemeinen chemisch-physikalischen Bedingungen zu erklären: die Bromüberladung der Zellen wird durch die Verbesserung der Diffusionsverhältnisse, die jede Steigerung des Salzgehalts im Blut veranlaßt, gelöst und beseitigt. Diese Erklärung wird durch die Feststellungen von Bernoulli ebenso nahe gelegt wie durch die von Alter gemachte Beobachtung, daß die Erscheinungen des Bromismus durch Infusionen mit Traubenzucker prompt beseitigt werden können.

Jene günstige Wirkung der dätetischen Behandlung der Epilepsie erklärt sich aber sicherlich innerhalb weitester Grenzen überhaupt nicht aus ihrem Kochsalzdefizit, sondern aus den sehr erheblichen Einflüssen, die die Diät als solche auf den Stoffwechsel und vor allem auch im Magendarmkanal ausüben muß.

Der Wert einer laktovegetabilischen Kost, wie sie in der Regel das Substrat der Toulouse-Richetschen Ernährung bildet, ist ja in der Behandlung der Epilepsie altbekannt: sie erspart dem Organismus die Ansprüche der differenten Spaltprodukte des Fleischeiweißes, sie fördert und beschleunigt den Transport und die mechanische Reinigung, sie erschwert jede lokale Anreicherung von Darmbakterien und verhindert das Anstauen von deren Stoffwechselprodukten — kurz: sie verbessert die Verhältnisse im Darmkanal, die nach aller Erfahrung (Obstipation, Askariden, Darminfektionen als Krampfprovokanten!) zur Heraus-



setzung der epileptischen Veränderung, das heißt zur Provokation von Anfällen eine besonders große Rolle spielen müssen.

Nicht dem Blutanteil einzelner Salze, sondern diesen Zuständen im Darmkanal und den Verhältnissen, die sich aus ihnen für die Zytochemie der Darmwandungen, für deren Nervensystem und für den ganzen Stoffwechsel ergeben, gebührt bei allen epileptischen Zuständen das wesentlichste Interesse: das ist die Anschauung, die aus unseren Ergebnissen mittelbar folgt — und unmittelbar gefolgert werden muß, wenn man die zu unseren Befunden so widerspruchsvollen Berichte von Ullrich und von den Velden erklären will. Gerade für die Verhältnisse im Magendarmkanal muß eine Änderung des Salzgehalts der Nahrung in den verschiedensten Richtungen belangreich werden können. Jeder Körperhaushalt ist auf einen genauen Chlorchemismus eingestellt und angewiesen, weil eine normale Leistung der Magendrüsen, eine reguläre Lieferung von HCl nur fortbesteht, wenn im Stoffwechsel ein gut ausbalanciertes Chlorverhältnis gegeben ist. Schon dieser Effekt des Chlorstoffwechsels ist von tiefgreifender Bedeutsamkeit für die Verhältnisse im Darm: die Desinfektion der Ingesta, die Aufschließung des Eiweißes sind Wirkungen, die an einen normalen HCl-Gehalt gebunden sind — und in jeder Störung zu belangreichen Mißständen im Darm führen können.

Es kann aber auch für die intestinalen Zustände keineswegs gleichgültig sein, wenn die Hypazidität, die bei Kochsalzhunger entsteht, durch eine brüske Kochsalzzufuhr mehr oder weniger plötzlich behoben wird: es ist zum mindesten für vereinzelte Fälle denkbar, daß dann der ungewöhnlich stark gesäuerte Speisebrei beim Eintritt in den Darm unmittelbar oder mittelbar — durch eine stärkere Inanspruchnahme der neutralisierenden und alkalisierenden Absonderungen — als ein für eine epileptische Veränderung gefährliches Reizmittel geltend wird. Vor allem muß aber jede erhebliche Veränderung der peroralen Salzzufuhr die osmotischen Ansprüche der Ingesta nicht unerheblich beeinflussen: auch das wird sich am stärksten — und am ehesten gefährlich — geltend machen, wenn der Körper an eine ganz reizlose Kost gewöhnt und der Darm danach besonders empfindsam eingestellt ist.

Es ist nach unseren eindeutigen Ergebnissen schlechterdings unmöglich anders, als aus solchen Zusammenhängen jene abweichenden Beobachtungen zu erklären. Und diese Erklärung erscheint gerade heute auch ganz einleuchtend, weil sie durch die von Kafka mit der Abderhaldenschen Methode erhobenen Befunde nachdrücklich unterstützt wird: er hat in allen Fällen von Epilepsie Abbau von Dünndarm ermittelt.

In diesem enteralen Gebiet mag dann auch vielleicht bisweilen noch ein tatsächlicher — und unter Umständen belangreicher und schädlicher — Antagonismus von Brom und Chlor geltend werden: durch Ersatz (Nencki und Schoumow-Simanowski) oder durch Umsetzungen der Salzsäure aus den Bromsalzen, wenn die von Laudenheimer beobachtete Steigerung der Cl-Ausfuhr nach Brommedikation nachweisbar wird und in diesem Sinne deutbar scheint: in der Regel bedeutet sie wohl nur einen Teileffekt aus der allgemeinen Salzüberladung. Aber jene weitergehende und auf den eigentlichen Stoffwechsel gegründete Gegensätzlichkeit zwischen Brom und Chlor, wie sie Ullrich, Wyß und von den Velden angenommen haben, erscheint nach den Ergebnissen unserer Versuche ebenso wenig haltbar, wie die Annahme, daß das Verhältnis des Chloranteils im Blut für die Gestaltung der Epilepsie irgendwelche Bedeutung besitzt. Der Mechanismus der Epilepsie ist in keiner Weise abhängig von dem Salzgehalt des Blutes; er ist dagegen in hohem Grade abhängig von den Zuständen im Darmkanal: und nur in diesem Zusammenhang kann vielleicht in vereinzelten Fällen eine Änderung im Salzgehalt der Nahrung belangreiche Wirkungen heraussetzen.

Literatur:

Wyß, Arch. f. ex. Pathol. Bd. 55. Wyß und Ullrich, Arch. f. Psych Bd. 46. Ulrich, Münch. med. Woch. 1912; Neurol. Centralbl. Bd. 29. Velden, Ztschr. f. Nervenheilk. 1910. Jödicke, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5. Balint, Neurol. Centralbl 1913. Januschke, Wiener med. Woch. 1913. Bernoulli, Arch. f. experim. Pathol. 1914. Kafka, Vortrag im Dtsch. Ver. f. Psych. 1914.



Kritik des Buches von Hartmann Grisar S. J. Über Luther und Luthers psychische Konstitution.

Von Direktor Dr. **Mönkemöller**, Langenhagen.

Die Schwierigkeiten, die sich der vollen und einwandsfreien Erfassung der psychopathologischen Eigenart einer historischen Persönlichkeit entgegenstellen, häufen sich, je weiter ihr Auftreten in der Geschichte zeitlich zurückliegt. Manches, was uns hier seltsam und krankhaft erscheinen möchte, erklärt sich oft zwanglos aus dem Geiste und den Anschauungen jener Zeitperiode. Nicht immer liegen die Triebfedern des auffallenden Handelns offen zutage. Nicht immer haben sich diese historischen Persönlichkeiten in Wort und Schrift rückhaltslos darüber ausgesprochen, was ihr Inneres bewegte. Die Beobachtungen der Mitwelt sind meist lückenhaft und unanschaulich, ihr Urteil wird nur zu oft durch Parteilichkeit getrübt. Die Gabe, das Pathologische zu erfassen, ist in der Regel nur wenig geschärft und ihnen oft ganz verschlossen.

Ist nun der Blick dessen, der es unternimmt, den psychologischen Rätseln, die uns solche historische Persönlichkeiten aufgeben, nachzuspüren, noch durch die Macht der Parteileidenschaft getrübt, so häufen sich die Fehlerquellen, zumal wenn er als Laienpsychiater an diese Aufgabe herangeht.

Wenn ein Jesuit sich mit der Psychopathologie Luthers beschäftigt, so sollte man annehmen, daß diese Schwierigkeiten von vornherein eine Verdunkelung des Charakterbildes im Gefolge haben müßten.

Grisar selbst deutet den Zwiespalt, der bei seinem Werke zutage treten mußte, an: Dem Verfasser galt als Grundsatz, daß bei geschichtlichen Studien niemals die religiöse Überzeugung des Schriftstellers irgendwie den Einfluß haben darf, die unleugsamen Tatsachen der Vergangenheit zu verschieben, den Quellen nicht vollauf gerecht zu werden, oder wirklich historische Folgerungen kleinherzig zu verleugnen. Aber darum durfte er es sich doch nicht auferlegen, seine religiöse Anschauung zu verleugnen."

Daß er den ersten Teil seines Programms nach Möglichkeit verwirklicht hat, ist auch von protestantischer Seite rückhaltslos anerkannt worden.

Es wird ihm von den verschiedensten Seiten nachgerühmt, daß er gegen die Lutherlegenden auf beiden Seiten auftritt, daß er von einem rühmlichen Streben nach sachlicher Objektivität erfüllt ist, daß er vor allem grundsätzlich seine Quellen, in erster Linie Luther selbst, möglichst oft zu Worte kommen läßt.

Das gilt auch ganz besonders von dem, was er über den Seelenzustand Luthers zusammenzutragen weiß. Er bringt hier ein ausgiebiges Material zusammen, das sich allerdings naturgemäß der Wiedergabe in kurzen Zügen entzieht. Die äußerst sorgfältige Quellenangabe ermöglicht eine mühelose Nachprüfung. Natürlich läßt sich ohne eine gründliche Nachforschung der zahllosen Werke Luthers nicht sagen, ob Grisar als Laien nicht etwas entgangen ist, was für den Psychiater vielleicht doch noch von Bedeutung gewesen wäre. Aber wenn man sich alles das vor Augen hält, was hier zur Beleuchtung der Sache beigebracht wird, dann kann man sich nicht dem Eindrucke verschließen, daß hier auch sehr viele Züge nicht vernachlässigt worden sind, die über eine gröbere Skizzierung des seelischen Zustandes weit hinausgehen.

Jedenfalls genügt das, was er hier beibringt, durchaus, um über die Abweichungen von der Norm, die bei Luther zu Tage treten, ins Klare zu kommen und die Persönlichkeit Luthers nach dieser Seite hin tiefgehender zu erfassen. Und es gewährt einen eigenartigen Reiz zu beobachten, wie sich ein Nichtpsychiater mit den enormen Schwierigkeiten dieser Aufgabe abzufinden sucht.

Dabei gilt natürlich auch das, was in der „Theologie der Gegenwart" von der Schilderung der Gesamtpersönlichkeit durch Grisar gesagt wird: „Wir wünschen nicht, daß man uns einen wohlfrisierten, für höhere Töchterschulen zurechtgemachten Luther vorsetze." Man wird sich bei aller Verehrung vor Luther damit vertraut machen müssen, „daß sein Gemüt zeitweise nicht mehr begreiflicherweise sondern krankhaft verdüstert war."

Hellpach,[1]) der dem ersten Versuche Grisars,[2]) das Seelenleben Luthers zu ergründen, ebenso wie Moebius das Zeugnis ausstellte, das bisher Beste über Luthers vielberufene Seelenzustände geschrieben zu haben, geißelte mit Recht das eigenartige Benehmen der seltsamen Leute, denen

[1]) Hellpach, Psychologische Rundschau. Der Tag, 18. Januar 1912.

[2]) Grisar, Ein Grundproblem aus Luthers Seelenleben. Kölnische Volkszeitung, Literat.-Beilage 1905 Nr. 40 und 41.



Krankheit an einem genialen Menschen ein ärgerer Makel zu sein scheine, als das größte Verbrechen." Will man dem Wesen eines hervorragenden Menschen gerecht werden, dann kann man nicht mit den Grundsätzen der Heiligenverehrung operieren.

Das Psychopathologische bei Luther ist schon mehrfach behandelt worden. Daß viele seiner katholischen Zeitgenossen die Vermutung aufgestellt haben, daß man es mit einem von einem bösen Dämon Besessenen zu tun habe, beweist jedenfalls, daß die Handlungsweise Luthers in mancher Beziehung einzelnen Zeitgenossen als ein Herausfallen aus dem Gebräuchlichen erschienen ist.

Auch von neueren Schriftstellern vertreten manche nur Laienansichten. Man braucht die Ansichten v. Kerz[3]), der eine periodisch eintretende Verrücktheit als erste Quelle des Reformatorenberufs ansah und des Abtes Maximilian Prechtl[4]), der die unleugbaren Belege einer verwirrten Phantasie bei Luther nachdrucksvoll hervorhob, nur zu erwähnen. Und wenn Bruno Schön 1874 in seiner Monographie über Luther bei ihm verschiedene Arten von Wahnsinn feststellte, wie sie oft in den Irrenhäusern zu finden seien, so sind wir nicht ohne weiteres gezwungen, uns seinem Urteile zu beugen, weil er Irrenhauskaplan war.

Wie sehr die Fortschritte der Psychiatrie auch in Laienkreisen Wurzel geschlagen haben, beweist aber schon die Arbeit Hausraths,[5]) nach dem die Regelmäßigkeit, mit der sich die Anfechtungen Luthers, durch alle die Jahre im Kloster und nach seinem öffentlichen Auftreten wiederholten, auf eine zirkuläre Psychose schließen ließ, deren Anfälle nach Gründung seines eigenen Hausstandes seltener auftraten, aber niemals ganz aufhörten.

Kawerau[6]) erblickte in Luther einen in verantwortungsvollster Stellung unter unaufhörlichen Friktionen und durch körperliche und geistige Überanstrengung nervös gewordenen Mann.

Von den Medizinern, die sich mit diesen Untersuchungen befaßten, ist, abgesehen von Küchenmeister,[7]) der sich nur auf ein sehr geringes historisches Material stützte, Ebstein[8]) zu erwähnen.

Als Nichtpsychiater sah er das vorherrschende Übel an den durch Harnsäure und mangelnde Darmfunktionen hervorgerufenen Übeln. Dazu hätten sich neurasthenische bisweilen an Psychosen erinnernde Symptome gesellt. Seine sonstigen Feststellungen, die immer wieder die Gicht in den Vordergrund des Krankheitsbildes stellen, decken sich nicht immer mit den historischen Tatsachen.

Berkhan[9]) fand bei Luther Leiden, die man der Mitleidenschaft der Nervenzentren zuschreiben müsse und rechnete dahin auch die Sinnestäuschungen. Er nahm bei Luther Gesichts- und Gehörsstörungen an, die neben den anhaltenden Aufregungen des Gemütes durch die Zweifel und Kämpfe gegeben worden seien.

In seiner Besprechung der ersten Arbeit Grisars weist Moebius[10]) darauf hin, daß bei Luther das Pathologische überaus bedeutsam sei. Man müsse von einer leichteren Form des manisch-depressiven Irreseins sprechen. Die melancholische Phase sei in Luthers Leben mit Leichtigkeit zu verfolgen, die Zeiten gesteigerten Selbstgefühls und die zornige Erregung seien als maniakalische Periode aufzufassen. Die phantastische Deutung sei nicht als Wahn, sondern als Erklärung aus dem herrschenden Gedankenkreise heraus aufzufassen. An Halluzinationen glaubte Moebius nicht.

Unter den Ursachen, die auf die Gestaltung des Geisteslebens Luthers ungünstig einwirken konnten, ist die erbliche Belastung nur insofern schwach angedeutet, als der Vater Luthers ein harter Mann war, der in plötzlicher Aufregung einen Totschlag begangen haben soll.

Vielleicht war auch ein anderer Namensvetter und Nachbar Luthers, der als Raufbold und Messerheld geschildert wird, mit ihm verwandt.

Von Vater und von der Mutter wurde er äußerst hart behandelt. Seine Lehrer waren gleichfalls sehr strenge, er wurde häufig stark gezüchtigt und verschüchtert. Sein Brot mußte er durch Singen an den Türen erbetteln.

Unter den ursächlichen Faktoren, die weiter für eine abnorme psychische Gestaltung verantwortlich gemacht werden könnten, wird ausführ-

[3]) Kerz, Über den Geist und die Folgen der Reformation 1810.

[4]) Maximilian Prechtl, Antwort auf das Sendschreiben 1817.

[5]) Hausrath, Luthers Bekehrung. Neue Heidelberger Jahrbücher 1896 6 S. 193.

[6]) Kawerau, Etwas vom kranken Luther. Deutsch-evangelische Blätter, Halle 1904 29 S. 303.

[7]) Küchenmeister, Dr. Martin Luthers Krankengeschichte. Leipzig 1881.

[8]) Ebstein, Dr. Martin Luthers Krankheiten und deren Einfluß auf seinen geistigen und körperlichen Zustand. Stuttgart 1908.

[9]) Berkhan, Arch. f. Psych. 1880 Bd. 11 S. 798.

[10]) Moebius, Schmidts Jahrbücher 1905 Bd. 288 S. 264.



lich die Art und Weise behandelt, in der Luther dem Alkohol zusprach. Sie geht wohl kaum über das Maß dessen heraus, was in jenen Zeiten gang und gäbe war. Er trank für gewöhnlich Bier, bei besonderen Anlässen das ansehnliche Katechismusglas mit Wein und erhielt öfters von Gönnern Wein zugeschickt. Zeitweise trank er vielleicht mehr, als ihm zuträglich war. So klagt er, daß er sich durch den alten Wein zu Koburg ein Kopfleiden zugezogen habe. Der Krankheitszustand trat hauptsächlich mit einem unerträglichen Kopfsausen auf, das zuweilen mit großer Empfindlichkeit gegen das Licht verbunden war. Er wußte selbst nicht, ob das Donnern im Kopfe durch den Wein verursacht wurde oder ob der Satan ihn zum Besten hielt. Obgleich er theoretisch den Grundsatz vertrat, daß ebrietas ferenda sei, „scheint er in seinem gewöhnlichen Verhalten sich doch bloß bis zu einer gewissen Grenze die Lizenzen seiner theoretischen Grundsätze zu nutze gemacht haben."

Jedenfalls kann er nicht als Trinker bezeichnet werden und ein ungünstiger Einfluß der Alkoholursachen auf sein Geistesleben läßt sich ebenfalls nicht nachweisen.

Die Frage, ob Luther an Syphilis gelitten hat, wird noch als offen hingestellt, wobei Grisar bei dem eventuellen Ansteckungsmodus den Zeitumständen vollste Rechnung trägt. Er betont, wenn er bei der Auslegung des darauf bezüglichen Briefes des Rychardus — der der Ansicht zuneigt, daß bei Luther diese Krankheit tatsächlich bestanden haben könne, — daß weder vor noch nach der Zeit jenes Briefes bei Luther eine Spur der erwähnten Krankheit in den auf ihn bezüglichen Dokumenten hervortritt. Jedenfalls besteht kein Anhaltspunkt dafür, daß diese Krankheit, ihr Bestehen zugegeben, in die Gestaltung des psychischen Lebens irgendwie zerstörend eingegriffen hätte.

Um so mehr verlangen die körperlichen Leiden Berücksichtigung. Schon 1526 bildete sich ein schweres Steinleiden aus, das ihm später viel zu schaffen machte. Er litt auch zeitweise an einer heftigen Mittelohrentzündung. 1525 und 1528 quälten ihn Hämorrhoiden. Vorübergehend stellte sich bei ihm auf der Wartburg eine schwere Verstopfung ein. Ferner litt er öfter an Katarrhen, die ihn geistig niederdrückten. Zeitweise hatte er einen „Fluß" am linken Bein, das längere Zeit offen blieb.

Dazu gesellten sich noch die psychischen schädigenden Faktoren. Bei ihm, der ein überaus lebhaftes Temperament hatte und über eine leicht bewegliche Phantasie verfügte, konnte das leidenschaftliche und überhastete Arbeiten nicht ohne Einfluß bleiben ebensowenig wie seine angestrengte literarische Tätigkeit, die Aufregungen und Gefahren des Kampfes, die Vernachlässigung seiner gesundheitlichen Bedürfnisse, die Unregelmäßigkeit seiner Lebensweise, die ihn zeitweise zum Skelett abmagern ließ.

So ist es zu verstehen, daß schon verhältnismäßig früh bei ihm eine Fülle von neurasthenischen Erscheinungen Platz griff. Er hatte vor allem oft unter dauernden Kopfschmerzen und Schwindelanfällen zu leiden.

Diese Übererregung und Verstimmung des Nervensystems stellte sich in ausgeprägter Weise zuerst bei ihm 1522—25 im Wittenberger Kloster ein, wo er ein besonders ungesundes, einsames, überarbeitendes Leben führte. Die Nervosität verließ ihn von da ab nie ganz, sondern nahm vielmehr an Intensität zu. Besonders steigerte sie sich auf der Feste Coburg 1530, wo die ungewohnte Lebensweise und der Mangel an körperlicher Bewegung sich zur geistigen Sorge und Überanstrengung hinzugesellten. Schon lange hatte er an heftigem Kopfsummen und Ohrenbrausen gelitten, das ihn zeitweise am Predigen und Abhalten seiner Vorlesungen hinderte. In Coburg steigerte sich das Sausen im Kopfe zum „Donner oder Wirbelwind."

Auch Neigung zur Ohnmacht war damit verbunden. Zeitweise konnte er Geschriebenes nicht einmal ansehen, war auch wegen Schwäche im Kopfe nicht imstande, Licht zu ertragen. Der Kampf mit seinen Gedanken machte ihm unendlich viel zu schaffen. Von da an hatte er auch die ausgesprochene Empfindung, alt und lebenssatt zu sein. Die Morgenstunden waren für ihn die ungünstigsten, weil er dann hauptsächlich vom Schwindel geplagt wurde, 1532 hatte er ein dumpfes Gefühl von einwirkender schwerer Krankheit: Er litt an heftigem Ohrensausen, dazu gesellte sich eine auffällige Schwäche des Herzens. Er erholte sich aber bald wieder. Bald darauf wurde er wieder nach der Teilnahme an einem Begräbnis von einem derartigen Schwindelanfall befallen, daß er kaum in seine Behausung zurückkehren konnte. Sehr oft noch litt er an schwerer Eingenommenheit des Kopfes, die ihn am Arbeiten hinderte, sich aber nach kurzem Schlafe, der im allgemeinen ganz gut war, bald besserte.

1541 wird das Kopfsausen so stark, daß er das Rauschen aller Bäume und aller Meere im Kopfe zu hören glaubte. In dieser Zeit litt er zugleich an

einem Ohrenflusse, der ihn zeitweise des Gehörs beraubte und zu Tränen zwang.

Eine gesteigerte Reizbarkeit, die mit der neurasthenischen ruhig identifiziert werden kann, machte sich in allen seinen Lebensphasen geltend und kommt in dem heftigen Tone seiner Reden und Schriften zum Ausdruck. „Es ist unfraglich" meint Grisar, „daß er ohne nervösen Krankheitszustand nicht zu den bekannten Ergüssen des Zornes und zu den brutalen Invektiven gekommen wäre." Auch seinen Freunden gegenüber und im häuslichen Leben wußte er oft nicht seiner Reizbarkeit Herr zu werden.

Unter den ausgesprochenen psychischen Krankheitssymptomen, die bei ihm beobachtet wurden, bedarf nur einer kurzen Besprechung die Frage der Epilepsie.

Als er während seiner Mönchzeit im Chore der Mönche dem feierlichen Meßopfer beiwohnte, bekam er während des Evangeliums, das vom Besessenen handelte, einen Anfall. Er stürzte zu Boden und gebärdete sich unter Krämpfen wie ein Tobsüchtiger. Dabei rief er nach Aussage seiner Klosterbrüder aus: „Ich bin es nicht", (nämlich der Besessene). Während manche seiner Klostergenossen die Idee hatten, er habe mit dem Teufel Verkehr, hielten ihn andere besonders wegen dieses Anfalles für epileptisch.

Andere krampfartige Anfälle oder überhaupt anfallsartige Zustände mit Ausnahme von Schwindelanfällen oder Ohnmachtsanfällen sind aber bei Luther nicht beobachtet worden. Abgesehen davon, daß dieser Anfall recht wenig genau beschrieben ist, sind wir nicht berechtigt, ihm ohne weiteres einen epileptischen Charakter zuzugestehen. Es ist fraglos gerade so gut einer anderen Deutung fähig. Was sonst noch im Rahmen einer larvierten Epilepsie untergebracht werden könnte: zeitweise auftretende Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Verstimmungszustände, Reizbarkeit, Hang zum Mystizismus, Überspannung des religiösen Gefühls, lassen sich zu zwanglos auf andere Weise erklären, als daß man in jenem Insult mehr als einen Überreizungszustand des Gehirns sehen sollte, wie er in den Ausgangsjahren der Pubertät bei geistig sehr beweglichen und leicht erregbaren Menschen gelegentlich beobachtet wird. Um so ausgiebiger ist die Ausbeute alles dessen, was in das Gebiet der Angst und Depression hineinreicht.

Schon 1507 wurde er, als er in der Prozession den Vikar Staupitz begleitete, derartig von Angst durchschüttelt, daß er beinahe von seiner Seite gelaufen wäre.

In seinen Schriften deutet er oft diese Angstzustände an.

„Wie Petrus und Paulus habe er oft im Tode liegen müssen, Todesnot und Zerschmelzen der Gebeine müsse man wie er notwendig erfahren, um unanfechtbarer Lehrer zu sein." „Verzweifeln, wo die Hoffnung selbst verzweifelt und leben allein in unaussprechlichem Seufzen, dies versteht niemand, der es nicht geschmeckt hat." „Mein Herz ist in meinem Leibe, wie geschmolzenes Wachs, was das sei, versteht niemand, denn er es versucht hat."

In seinen Anfällen „ist er oft darüber verstorben."

1532 klagt er: „Aus der Tiefe rufe ich, Herr zu Dir." Das ist ihm das wahre Wort des Propheten, der nicht durch bloße weltliche Anfechtung geplagt ist, sondern von der Einschnürung des Gewissens, von Schlägen und Ängsten des Todes, wie sie das Herz fühlt, wenn es in Verzweiflung fallen will und meint, von Gott verlassen zu sein, wenn es seine Sünde wahrnimmt und sieht, wie alle seine guten Werke von Gott, dem zornigen Richter, verdammt werden.

Während seiner Studienzeit beschäftigten ihn oft schwere Gedanken, von seinen Genossen wurde er wegen seiner Neigung zum Grübeln der Philosophus genannt.

1505 wurde er auf der Rückkehr von Erfurt von einem Gewitter überfallen. Von einem Blitzschlag in seiner Nähe „wie von einer himmlischen Erscheinung" bedroht, tat er das plötzliche Gelübde: „Hilft Dir die liebe Sankt Anna, so will ich ein Mönch werden."

In dieser Zeit war er gerade durch den Tod eines lieben Studienkameraden, der im Streite erstochen war, in Trauer und Angst versetzt."

Er selbst äußerte später einmal, er sei ins Kloster gegangen, weil er eine Art Überdruß an sich selbst hatte und an sich selbst verzweifelte. Auch im Kloster verfolgte ihn eine beständige Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, die sich an religiöse Vorstellungen anhingen. Er wurde in eigentümlicher Weise durch die Furcht vor Gottes Gericht durch trübe Gedanken an die Vorherbestimmung und durch die Erinnerung an eigene Sünden beängstigt. In Beichten konnte er sich nicht genug tun.

Auch später verharrte er in krankhafter Weise bei Selbstquälereien.

Wie Melanchthon es schilderte, überfielen ihn, wenn er über den Zorn Gottes oder auffällige Straf-



beispiele nachdachte, derartige Schreckenszustände, daß er beinahe den Geist aufgab.

Luther selber gab an, er habe damals nicht bloß über Ängste und Zweifel, sondern auch über die zahllosen Versuchungen seufzen müssen, die er infolge seines Alters erlitten: „Es gelang mir nicht, den Druck los zu werden, es waren fürchterliche und erschreckende Gedanken, die auf mich einstürmten." Insbesondere verfolgten ihn die Versuchungen in seinem Heile und die Lästerungen Gottes. Er habe oft gedacht, ob er es denn allein unter den Menschen sei, den der Teufel so anpacke und verfolge: „Ich habe in den größten Versuchungen kaum noch leibliche Kräfte behalten, kaum den Athem bewahren können und kein Mensch vermochte mich zu trösten."

Auch späterhin versetzten ihn die schweren inneren Verstimmungen und Trübungen, die inneren Kämpfe und Selbstvorwürfe wegen seines ganzen Werkes oft in Melancholie: „Wie, wenn du die vielen Menschen, die dir folgen, betört hättest."

Von einer schweren Steigerung dieser Depressionszustände, die Luther 1524 betraf, erzählt sein Arzt Dr. Ratzeburger: Luther habe privatim vom Satan viele Anfechtungen ausstehen müssen und sei oftmals, wenn er in seinem Schreibstüblein seines Studiums und Schreibens wartete, auf mancherlei Weise und Wege vom Satan turbiert worden.

Als ihn ein paar Freunde einmal besuchen wollten, hörten sie, er habe sich eingeschlossen und esse und trinke seit einiger Zeit nichts mehr. Auf Anklopfen antwortete er nicht. Als sie durch ein Loch sahen, lag er am Boden auf dem Gesicht mit ausgestreckten Armen. Sie rissen die Türe auf, führten ihn in ein anderes Zimmer und reichten ihm Speise. Als sie ihm vormusizierten, kam Luther allgemach wieder zu sich selbst und Schwermut und Traurigkeit vergingen. Er bat sie, öfters zu kommen und zu musizieren, da der Teufel, der die Menschen in Zagen und Zweifel stecke, der Musik feind sei.

Von den Anfechtungen, die ihn immer wieder überfielen, glaubte er, Gott wolle ihn für die großartigen, ihm zugeteilten Aufgaben läutern, wie jener es auch mit gewissen hochbegnadigten, zu den seltensten Dingen berufenen Seelen getan habe.

In jenen Anfällen, die sich mit Gewissensängsten mischten und die nach seiner Beschreibung der Höllenpein ähnlich waren, glaubte er sich in die von den Mystikern behandelten unheimlichen Seelenmächte der Gottverlassenheit versetzt.

Schon früh betrachtete er sie als eine Prüfung Gottes, dazu bestimmt, ihn auf die höchsten Dinge vorzubereiten.

„Er litt bisweilen außerordentlich unter Aufregungen und Verdunkelungen der Seele, sei es aus Prädestinationsangst oder unberuhigter Gewissensfolter und Versicherungen, sei es unter psychisch krankhaften und vielleicht mehr körperlichen als geistigen Beklemmungen."

In den letzten Jahren seines Lebens steigerte sich wieder die Umdüsterung seines ganzen Wesens. Abgesehen von der Unzufriedenheit über die Vollkommenheit seines Werkes und das Stocken in seinem Fortgange peinigten ihn nicht mehr so sehr Unsicherheit, innere Vorwürfe und die Furcht vor der Verantwortung. In seinen Briefen spricht sich eine allgemeine Verdrossenheit, die Unzufriedenheit mit sich selbst und der Welt aus.

In düsterem Mute erwartete er das baldige Weltende. Fast glaubte er an die Herrschaft des Teufels über die Welt, eine schwermütige und trostlose Auffassung der gesamten Weltereignisse erfüllte ihn. Die inneren Anfechtungen ließen ihn nicht los, die äußeren Widerwärtigkeiten und Anfeindungen fielen schwerer auf ihn wie früher.

Diese „Anfechtungen", auf denen der Schwerpunkt in der Beurteilung seines Geisteszustandes liegt, spielen auch in den Werken Luthers eine große Rolle.

1537 sprach er selber von seiner geistigen Krankheit (morbus spirituales). Vierzehn Tage hatte er weder Speise noch Trank genommen, auch keinen Schlaf gehabt. „In dieser Zeit habe ich häufig mit Gott gestritten, ich habe ihm mit Ungeduld seine Verheißungen vorgehalten." In dieser Zeit töte ihn Gott und verberge ihm sein Gesicht.

1538 klagt er, er erleide seine Agonismen. „Wenn ein anderer die Anfechtungen wie ich hätte ertragen müssen, so wäre er längst gestorben. Kurz die Traurigkeit ist geradezu ein Tod und mordet im Augenblick."

1542 meinte er, er hätte lange genug gelebt, der Teufel sei seines Lebens überdrüssig und er sei des Hasses gegen den Teufel überdrüssig.

Die Selbstvorwürfe und Zweifel, die Luther in diesen Momenten bewegten, betrafen in erster Linie sein Werk, seine reformatorische Tätigkeit: „Wer hat dich geheißen, das Evangelium zu predigen." „Wie, wenn das Gott mißfiele und du die Verantwortung trügest für alle Seelen, die zugrunde gehen? Hast du keine Sünde? Kannst du nicht auch irren?"

In unzähligen Variationen kehren diese Vor-



würfe und Gedanken, „die ihm sehr bange machten", wieder. So quälen ihn alle seine hauptsächlichsten Lehren, vor allem natürlich die, durch welche er einen grundlegenden Umsturz des Bestehenden herbeigeführt hatte, das Rechtfertigungsdogma, die Lehre über die guten Werke.

Häufig plagten ihn Stimmen des Teufels wie: „Schaue auf die Klöster, früher waren sie im schönsten Frieden, den hast du gestört, wer hat dich das geheißen?" Der Teufel hielt ihm mit so starker und erschreckender Stimme seinen ewigen Untergang vor, daß er der Verzweiflung nahe kam und zur Gotteslästerung versucht war.

Melanchthon beobachtete ihn einmal nach einem solchen Verzweiflungskampfe mit sich selbst wegen der peinigenden Vorstellungen vom Zorne Gottes und den Strafen der Sünden: Luther war damals von jähen Schrecken so überfallen worden, daß er beinahe leblos war.

Diese Stadien der Depression, der Selbstquälereien, der Selbstvorwürfe treten zuerst bei seinem Eintritte in das Kloster auf. Im Beginne seiner öffentlichen Tätigkeit steigern sie sich zu besonderer Höhe, lassen dann um 1525 nach, nehmen in den Schrecken des Bauernkrieges wieder zu und treten dann mit besonderer Heftigkeit von neuem im Jahre 1527 auf. Nach kurzem Nachlaß lodern sie 1530 in der Einsamkeit der Feste Coburg wieder gewaltig auf und dauern mit geringen Unterbrechungen bis 1538 fort. Von da ab bis zu seinem Lebensende treten die akuten Attacken zurück, während die chronische Verstimmung seines Geistes um so deutlicher hervortritt.

Begreiflich ist ja, daß, ehe er mit seinem Werke kühn und sicher gewesen sei, oft „sein Herz in Furcht gezappelt habe". Auch daß während seines Weilens auf der Wartburg die bangen Selbstvorwürfe wieder auftauchten, ist durch die ganze Lage und Umgebung verständlich, weniger aber schon, daß er 1521 auf einem Punkte früher nie gefühlter Verzweiflungsstimmung und Anfechtung wegen des Zornes Gottes angelangt war. „Aber Verzweiflungsgedanken sind dank des Teufels Nachstellung bei ihm allzu heimisch, die guten Tage sind gezählt: „Ich vergesse alles, daß Christus und Gott ist, wenn ich in diese Gedanken komme und komme wohl dahin, daß Gott ein Bösewicht sei."

Dann die heftige Steigerung 1527, in der er auch schwere Sorgen wegen der Mißstände in der neuen Bewegung hatte. Damals schlossen sich auch an die Verstimmungen und Selbstvorwürfe die Ohnmachtsanfälle jener Zeit an. Er klagte selbst, daß sie viel härter und gefährlicher gewesen seien, als die leibliche Schwäche, die ihn dem Tode nahe zu bringen schien: bei diesen geistlichen Anfechtungen habe er am nämlichen Morgen einen solchen Schrecken und Zagen gefühlt, daß er es nicht beschreiben könne.

„Die ganze letzte Woche wurde ich in Tod und Hölle umhergeschleudert, daß ich noch am ganzen Leibe zittere und wie gebrochen bin .... Am Geiste werde ich auf das ärgste heimgesucht.... Die Herzenswunden, die ich empfangen, werden nur schwer geheilt.... Fast drei Monate bin ich elend, nicht so sehr am Leibe als an der Seele, so daß ich nichts oder wenig geschrieben habe, also hat mich Satan im Siebe herumgeworfen.... Vor Sturm und Kleinmut im Geiste kann ich kaum atmen.... Von verschiedenen Seiten dringt der Schrecken auf mich ein.... Sturm und Kleinmut im Geiste weichen jetzt schon Monate lang nicht mehr.... Meine Sünden, der Tod und der Satan mit seinen Engeln wüten gegen mich ohne Unterlaß und jetzt stürmen noch Papst und Kaiser, Fürsten und Bischöfe und die ganze Welt auf mich ein. Alles wäre noch erträglich, wenn nur Christus mich nicht verließe"....

„Ich bin ein elender Auskehricht Christi....., ich bin sozusagen tot, aber dennoch lebendig." Dem Leibe nach gesund, befinde ich mich an der Seele wie Christus will, mit dem ich nur vermöge eines dünnen Fadens zusammenhänge. Dafür hängt der Teufel an mir mit wuchtigen Stricken....

Obgleich sich im nächsten Jahre für ihn die äußeren Verhältnisse weit günstiger gestalten, klagt er: „Solche Anfechtungen kannte ich wohl seit meiner Jugend, aber daß sie derart anwachsen konnten, ahnte ich niemals." Er bittet seine Freunde, mit ihm im Todeskampfe auszuharren. Er müsse den bitteren Kelch trinken am nahenden Ende der Welt.

Er selbst kämpfte mit der ganzen Kraft seiner starken Natur gegen diese Stimmungen und forderte seine Freunde auf, gegen den Teufel mit der höchsten Anstrengung anzugehen. Alle gegenteiligen Gedanken seien nur Teufelsverrat.

Nach vorübergehender Besserung äußerte er schon wieder im folgenden Jahre: wenn es eine apostolische Eigenschaft sei, häufig in Todesnöten weilen zu müssen, stehe er freilich in dieser Hinsicht als Petrus oder Paulus da. Während er sich körperlich leidlich wohl befinde, sei er von Geiste schwach und sein Glaube leide.

Neben diesen Zuständen, in denen er daran verzweifelte, lebend und heil die Seinen wiederzusehen, war er der Wirkung eines fröhlichen Austausches von Rede und

Scherz und der Erheiterung des Trunkes sehr zugänglich. In seinem Disput mit Zwingli, in der Abfassung der Schwabacher Artikel war keine Spur von seinen Zweifeln und Selbstvorwürfen zu merken, seine feste und trotzige Ausdrucksweise ließ sich nicht vom Schauplatze verdrängen.

In seinem Kampf gegen die „Rottenmeister innerhalb des Evangeliums" suchte er durch die Entladungen seines Zornes der Selbstvorwürfe Herr zu werden.

Nachdem die äußeren Ereignisse die Seelenkämpfe etwas in den Hintergrund gedrängt haben, erheben sich auf der Feste Coburg wieder die Anfechtungen, gegen die er sich umsonst mit Humor zu wappnen suchte. Die nervösen Beschwerden nahmen zu und der Satan hatte seine Gesandtschaft bei ihm. Weil er damals ganz alleine gewesen sei, sei er vom Satan bis zu dem Punkte besiegt worden, daß er aus dem Zimmer fliehen mußte, um den Anblick von Menschen aufzusuchen.

Er verglich sich selbst mit der ausgetrockneten ihn umgebenden Landschaft; so sei er im Inneren von Stürmen und von Hitze heimgesucht. Dabei hatte er wieder Todesgedanken und suchte den Platz in der Burgkapelle auf, an dem er begraben liegen wolle. Doch meinte er, der Geist scheine nachzulassen, der ihn bisher mit Fäusten geschlagen habe. Den Peiniger des Leibes wolle er noch lieber ertragen, als jenen Henker des Geistes. Der Engel des Satans habe ihn wahrlich tüchtig mitgenommen. Seine Gedanken hätten ihm weher getan, denn all seine Arbeit."

Wieder suchte er seiner Stimmungen durch den kampfmutigen und kriegerischen Ton seiner Schriften Herr zu werden, die er in jener Zeit verfaßte.

Als letzter Insult überfiel dann 1537 jene zweiwöchige geistige Krankheit, in der er mit Gott disputierte, kaum Speise und Trank zu sich nahm und nicht zu predigen vermochte.

„Wenn die geistlichen Anfechtungen kämen, könne er den Tag verfluchen, an dem er geboren sei."

Auch sonst kehren in seinen Schriften immer Bemerkungen wieder, die auf das klarste beweisen, wie groß seine Seelenängste gewesen sein müssen.

„Der Teufel könne ihn so ängstigen, daß ihm der Schweiß im Schlafe eingehe." „Oft habe ihn der Teufel vom Gebete weggetrieben und ihm Gedanken eingegossen, daß er davon gelaufen sei." „Die Nachtkriege seien ihm viel schwerer geworden als die Tagkriege."

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Anregungen für die Kriegszeit.** 1. Auch im Friedensfalle voll belegte Anstalten können in der jetzigen Not durch Ausnutzen der seitherigen Aufenthaltssäle und Korridore Platz schaffen, um eventuell ganze Bauten als Lazarette zur Verfügung zu stellen, eine Anstalt von 500 Kranken z. B. 2 Bauten für je 100 M. Ausnutzung des ganzen Anstaltsbetriebes, Küche usw. Momentane Hilfe. Die so ersparten enormen Mittel werden für andere Zwecke frei. Mitteilung an die Behörden.

2. Die wohl überall äußerst reichlich bemessene Kost erlaubt bei Kranken und Personal eine Reduktion auf 3/4. Die Anstaltsvorräte reichen länger oder kommen weiteren Kreisen zu gut. I. und II. Kost kann wegfallen, was auch den Betrieb vereinfacht. Frische Marmelade ersetzt Butter, Leinenabfall Verbandstoffe. Sparsamster Verbrauch an Brot.

3. Kohlenersparnis durch seltenere Bäder, sparsamen Verbrauch des Lichtes, mehr Ausnutzung zentraler Bäder, Wegfall anderer. Dampfleitung zur Küche zeitweise abstellen.

4. Ersatz des Personals, wenn nötig, durch jüngere Kräfte eventl. vom 16. Jahre ab, durch Wärterinnen auch auf der Männerseite in geeigneten Bauten und Abteilungen.

5. Organisation von Gruppen von Kranken, die allein oder unter Aufsicht als Erntearbeiter zur Verfügung gestellt werden, eventl. gegen Entgelt für eine Kasse zu wohltätigen Kriegszwecken.

6. Ausbildung von Männern und Frauen als Hilfsmannschaften fürs Rote Kreuz.

Referate.

— Forty-eighth Report of the medical Superintendent upon Broadmoor Criminal Lunatic Asylum with Statistical Tables for the year 1910 berichtet über 841 Kranke, und zwar 610 Männer und 231 Frauen. Hiervon waren 568 M. und 223 F., zusammen 791 Kranke, „under detention during His Majesty's pleasure, and Secretary of States Lunatics not under sentence, dann 40 M. und 8 F., zusammen 48 Kranke, under sentences of penal servitude (convicts) und 1 M. under sentence of imprisonment.

Ein armer Mann blieb nach Verbüßung seiner Strafe



in der Anstalt zurück. Nach den Verbrechen standen unter anderen in Behandlung 37 Mörder und 20 Verbrecher nach versuchten Morden. Der Gesundheitszustand wird als gut geschildert. Es starben 16 M. und 4 F. eines natürlichen Todes, oder 2,44%.

Es gab im Berichtsjahre keine mechanische Beschränkung, keine Flucht und keinen Selbstmordversuch. Am 27. und 28. Mai besuchten zwei Commissioners in Lunacy die Anstalt, deren lesenswerte Berichte die Führung der Anstalt als eine vorzügliche erscheinen lassen. Der vom Parlament gewährte Kredit bis Ende März betrug 36 724 Pfd. Sterl. und ein weiterer Kredit 45 000 Pfd. Sterl., zusammen also 81 724 Pfd. Sterl. Die Ausgaben für die Krankenpflege betrugen 35 868 Pfd. Sterling 8 s. 5 d., durchschnittlich pro Kopf und Jahr also 39 Pfd. Sterl. 3 s. 9 d.

Farmand Garden waren in guter Ordnung und gaben den Kranken genug Gelegenheit zur Arbeit. Es wurden 269 Männer und 193 Frauen beschäftigt, deren Arbeitsertrag auf 6374 Pfd. Sterl. 4 s. 8 d. geschätzt wird, eine gewiß ansehnliche Summe. Zahlreiche genau geführte statistische Tabellen beweisen die Sorgfalt, mit welcher die Kranken in Broadmoor verpflegt werden.

Dr. Anton Hockauf-Gugging.

Therapeutisches.

— **Dosierung des Narkophins.** Von Dr. S. Hirsch in Berlin. Deutsch. Med. Wochenschrift 1914 Nr. 14.

Gemäß seiner Bestandteile als mekonsaures Morphin-Narkotin besitzt das Narkophin dieselben Indikationen wie Morphium und hat auch einige Vorzüge vor diesem. H. selbst hat mit Narkophin auch sehr gute Erfahrungen gemacht und verwendet es bei allen unseren bekannten Morphin-Indikationen. Es wird besser vertragen, erregt selten Erbrechen und seine Wirkung hält länger an. Bei Nieren- oder Gallensteinkoliken, die mit starken Schmerzen einhergehen, verwendet er mit ausgezeichnetem Erfolge $1^1/_2$ bis 2 Ampullen, also 0,045 bis 0,06 Narkophin.

Adalin. Von Dr. E. Ringier, Kirchdorf (Bern). Schweizerische Rundschau für Medizin Nr. 23 vom 23. August 1913.

Adalin pflegt die besten Dienste zu leisten als Einschläferungsmittel bei Agrypnie im Verlauf der verschiedensten Erkrankungen, ganz besonders aber zur Bekämpfung der zahlreichen Beschwerden der Neurastheniker. Auch als Sedativum zur Beruhigung aufgeregter bettflüchtiger Geisteskranker in vielen Fällen Bewährung.

— **Beitrag zur Behandlung des Fiebers bei der Lungentuberkulose.** Von Dr. M. Damask, Assistent der Abteilung. (Aus der I. med. Abteilung der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung"; Vorstand: Prof. Dr. G. Singer). Wiener Medizinische Wochenschrift 1913 Nr. 19.

Kombinationstherapie von Arsen und Aspirin in folgender Darreichungsweise:

Rp. Aspirin 10,0,
Acidi arsenicosi 0,01,
Amyli qu. suff. ut. fiant c. Aqua destill. pil. Nr. C.
Ne conspergas.

Dreimal zwei Pillen täglich während oder unmittelbar nach den Mahlzeiten, jeden zweiten Tag eine weitere Pille. Im allgemeinen ist bis zu jener Pillenmenge anzusteigen, welche die Temperatur möglichst auf 36,9° hält. Das Maximum der in den Versuchen verabreichten Dosis waren 25 Pillen = 0,0025 Arsen + 2,5 Aspirin pro Tag. Alle Fälle mit ausgesprochener Neigung zu Lungenblutungen sind von der Therapie auszuschließen. Fälle mit stark toxischem Charakter, an der Neigung zu Hypothermie, Labilität der Vasomotoren, leichter Ermüdbarkeit bestimmter Muskelgruppen usw. erkenntlich, kurz Fälle ausgesprochener Autotuberkulinisation weisen entweder gar keinen oder einen nur vorübergehenden Erfolg auf. Die besten Chancen liefern Fälle von chronischer Lungentuberkulose. Am Beginn der Behandlung kommt diesen sogenannten Hoedemaker-Pillen vorerst einer irritative Wirkung zu (Temperaturerhöhungen, die in der Regel nur wenige Tage anhalten, und passagere Hyperämisierung der Krankheitsherde), die in der Regel im weiteren Verlauf der Behandlung verschwinden.

— **Istizin, ein neues Abführmittel.** Von Dr. Erich Ebstein, Oberarzt. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig.) Medizinische Klinik 1913 Nr. 18.

Istizin, ein 1,8-Dioxyanthrachinon, geschmacklos, bildet gold- bis orangegelbe Blättchen oder ein orangegelbes Pulver vom F. P. 190 bis 192°; es löst sich nur schwer in Wasser und in den gebräuchlichen organischen Lösungsmitteln. Vom Istizin leitet sich das Emodin ab, bekanntlich als wirksamer Bestandteil frei oder in gebundener Form in vielen abführenden Drogen (Aloe, Senna, Frangula, Rhabarber) enthalten. Istizin ist, abgesehen von der laxierenden Wirkung, ohne pharmakologischen Effekt. Ein geringer Teil des Istizins wird — wahrscheinlich im Dünndarme — resorbiert, infolgedessen ist der Harn rötlich gefärbt, und auf Zusatz von Alkali nimmt die Färbung im Harn an Intensität zu. Die resorbierten Mengen Istizin sind zu gering, um eine Reizung der Nieren hervorzurufen: auch nach längerer Darreichung findet sich keine Spur von Eiweiß im Harne.

Eine rötliche Verfärbung der Wäsche wie nach Purgatin tritt nicht ein; nach Gaben von 0,3 g fiel die Nylandersche Probe stets negativ, bei 0,45 g häufig positiv und bei 0,6 g stets positiv aus, ein Verhalten, das nach Sahli auf den Gehalt des Harns an gepaarten Glukuronsäuren zurückzuführen ist. Das Auftreten von Eiweiß im Urin wurde in keinem Falle bemerkt. Ebenso wurden niemals Schmerzen in der Nierengegend angegeben; niemals trat schlechter Geschmack, Aufstoßen oder gar Erbrechen auf.

„Indiziert ist das Istizin nach meinen Erfahrungen sowohl bei leichteren wie bei schweren Formen der Obstipation, sowohl atonischer wie spastischer Natur. Besonders geeignet erscheint es bei Bettlägerigen und bei Liegekuren. In ganz hartnäckigen Fälllen von chronischer Obstipation kann es bei dem Gebrauche von großen Ölklysmen als Schiebemittel (W. Ebstein) mit gutem Erfolge verwendet werden. Auch bei der Altersobstipation, d. h. bei Individuen jenseits der sechziger Jahre, dürfte sich das Istizin für längere Zeit empfehlen."

— **Über die Anwendung des Narkophin in der Geburtshilfe.** Von Dr. H. Drews. (Aus der geburtsh. Abteil. d. städt. Krankenhauses Charlottenburg; Prof. Dr. Keller.) Zentralbl. für Gynäkologie, 37 Jahrg. 1913 Nr. 20.

D. hatte Gelegenheit, in 25 Fällen die Wirkung des Narkophins nachzuprüfen, und zwar meistens bei Frauen, welche die Geburtsschmerzen besonders stark empfanden. Seine „Erfahrungen laufen dahin aus, daß wir in dem Narkophin ein gutes Mittel besitzen, den Wehenschmerz zu lindern, bezw. ganz zum Aufhören zu bringen, daß jedoch dem Kinde oft schwere Gefahren drohen

gleich wie bei Anwendung nun der sonst gebräuchlichen Mittel, als Pantopon, Skopolamin usw.

Als oberstes Gebot ist auch hier die peinlichste Kontrolle der kindlichen Herztöne zu beachten."

— **Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkulin „Rosenbach".** Von Dr. med. Hagedorn, Oberarzt am Stadtkrankenhause Görlitz. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Band 31 1914 Heft 1.

Dem Bericht über ca. 40 Fälle und über 19 Krankengeschichten ist folgendes zu entnehmen: Verfasser hat 2 Jahre lang chirurgische Tuberkulose bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Tuberkulin „Rosenbach" behandelt. Anfangsdosis bei Kindern und Jugendlichen 0,075, bei Erwachsenen 0,1 ccm; Höchstdosis 1,5 selbst 2 ccm, welche Dosen ausgezeichnet vertragen wurden. Einige Fälle sehr fortgeschrittene und mehr oder weniger allgemein tuberkulös Erkrankte zeigten nicht die geringste Veränderung. Im allgemeinen lobt Verfasser den günstigen Einfluß, den das Tuberkulin „Rosenbach" auf den allgemeinen Zustand ausübt, und die schnelle Vernarbung oft lange vernachlässigter Wunden. Tuberkulin „Rosenbach" ist „ein wirksames Unterstützungmittel bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose", das in den meisten Fällen den an „derartige Mittel zu stellenden Forderungen entsprechen wird."

Für den redaktionellen Teil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — **Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.**
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

5% Deutsche Reichsschatzanweisungen
5% Deutsche Reichsanleihe, unkündbar bis 1. Oktober 1924.
(Kriegsanleihen.)

Zur Bestreitung der durch den Krieg erwachsenen Ausgaben werden **5% Reichsschatzanweisungen** und **5% Schuldverschreibungen der Reichsanleihe** hiermit zur öffentlichen Zeichnung aufgelegt.

Bedingungen.

1. **Zeichnungsstelle** ist die **Reichsbank.** Zeichnungen werden bis einschließlich

Sonnabend, den 19. September, mittags 1 Uhr

bei dem **Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere** in **Berlin** und bei **allen Reichsbank-Hauptstellen, Reichsbankstellen** und **Reichsbank-Nebenstellen mit Kasseneinrichtung** entgegengenommen. Die Zeichnungen können aber auch durch Vermittlung der **Königlichen Seehandlung (Preußischen Staatsbank)** und der **Preußischen Central-Genossenschaftskasse** in **Berlin,** der **Königlichen Hauptbank** in **Nürnberg** und ihrer Zweiganstalten, sämtlicher deutschen Banken, Bankiers und ihrer Filialen, jeder deutschen öffentlichen Sparkasse sowie jeder deutschen Lebensversicherungsgesellschaft erfolgen.

2. Die **Schatzanweisungen** werden in Höhe von **Mark 1 000 000 000** aufgelegt. Sie sind eingeteilt in 5 Serien zu je 200 Millionen Mark und ausgefertigt in Stücken zu: 100 000, 50 000, 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500. 200 und 100 Mark mit Zinsscheinen zahlbar am 1. April und 1. Oktober jedes Jahres. Der Zinsenlauf beginnt am 1. Oktober 1914, der erste Zinsschein ist am 1. April 1915 fällig.

   Die Tilgung der Schatzanweisungen erfolgt durch Auslosung von je einer Serie zum 1. Oktober 1918, 1. April 1919, 1. Oktober 1919, 1. April 1920 und 1. Oktober 1920. Die Auslosungen finden im April und Oktober jedes Jahres, erstmals im April 1918 statt; die Rückzahlung geschieht an dem auf die Auslosung folgenden 1. Oktober bezw. 1. April.

   Welcher Serie die einzelne Schatzanweisung angehört, ist aus ihrem Text ersichtlich.

3. Die **Reichsanleihe** ist in derselben Stückeeinteilung von 100 000 bis 100 Mark ausgefertigt und mit dem gleichen Zinsenlauf und den gleichen Zinsterminen wie die Schatzanweisungen ausgestattet.

4. Der Zeichnungspreis beträgt:

   a) für diejenigen Stücke der **Reichsanleihe,** die mit Sperre bis 15. April 1915 in das Reichsschuldbuch einzutragen sind, **97,30 Mark** für je 100 Mark Nennwert,

   b) für alle übrigen Stücke der **Reichsanleihe** und für die **Schatzanweisungen 97,50 Mark** für je 100 Mark Nennwert

   } unter Verrechnung von 5% Stückzinsen.

5. Die zugeteilten Stücke an Reichsschatzanweisungen sowohl wie an Reichsanleihe werden auf Antrag der Zeichner von dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin bis zum 1. Oktober 1915 vollständig kostenfrei aufbewahrt und verwaltet. Eine Sperre wird durch diese Niederlegung nicht bedingt, der Zeichner kann sein Depot jederzeit — auch vor Ablauf dieser Frist — zurücknehmen. Die über vollgezahlte Beträge ausgefertigten Depotscheine werden bei den Darlehnskassen wie die Stücke selbst beliehen.

6. Zeichnungsscheine sind bei allen Reichsbankanstalten, Bankgeschäften, öffentlichen Sparkassen und Lebensversicherungsgesellschaften zu haben. Die Zeichnungen können aber auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen erfolgen, und zwar brieflich mit etwa folgendem Wortlaut:

   „Auf Grund der öffentlich bekanntgemachten Bedingungen zeichne ich:

   nom. Mark [redacted] **5% Reichsschatzanweisungen**

   nom. Mark [redacted] **5% Reichsanleihe**

   und verpflichte mich zu deren Abnahme oder zur Abnahme desjenigen geringeren Betrages, der mir auf Grund gegenwärtiger Anmeldung zugeteilt wird.

   Das Nichtzutreffende ist fortzulassen. {

   Soweit meine Zeichnung auf Schatzanweisungen bei der Zuteilung nicht berücksichtigt wird, bin ich einverstanden, daß statt Schatzanweisungen auch Reichsanleihe zugeteilt wird.

   bei Zeichnungen auf Reichsanleihe {
   Ich bitte um Zuteilung von Reichsanleihe, die mit Sperre bis 15. April 1915 für mich in das Reichsschuldbuch einzutragen ist, zum Preise von **97,30 Mark.**
   Ich bitte um Zuteilung von Stücken zum Preise von **97,50 Mark.**

   Die mir auf meine Zeichnung zugeteilten Stücke sind dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin zur Aufbewahrung und Verwaltung zu übergeben."

7. Die Zuteilung erfolgt tunlichst bald nach der Zeichnung. Über die Höhe der Zuteilung entscheidet das Ermessen der Zeichnungsstelle.

   Anmeldungen auf bestimmte Stücke und Serien können nur insoweit berücksichtigt werden, als dies mit den Interessen der andern Zeichner verträglich erscheint.

8. Die Zeichner können die ihnen zugeteilten Beträge vom Zuteilungstage ab jederzeit voll bezahlen; sie sind jedoch verpflichtet:

   40% des zugeteilten Betrages spätestens am 5. Oktober d. J.
   30% des zugeteilten Betrages spätestens am 26. Oktober d. J.
   30% des zugeteilten Betrages spätestens am 25. November d. J.

   zu bezahlen. Beträge bis 1000 Mark einschließlich sind bis zum 5. Oktober d. Js. ungeteilt zu berichtigen.

9. Die Zeichner erhalten vom Reichsbank-Direktorium ausgestellte Zwischenscheine, über deren Umtausch in Schuldverschreibungen bezw. Schatzanweisungen das Erforderliche öffentlich bekanntgemacht werden wird.

Berlin, im September 1914.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

Zeichnet die Kriegsanleihen!

Wir stehen allein gegen eine Welt in Waffen. Vom neutralen Ausland ist nennenswerte finanzielle Hilfe nicht zu erwarten, auch für die Geldbeschaffung sind wir auf die eigne Kraft angewiesen. Diese Kraft ist vorhanden und wird sich betätigen, wie draußen vor dem Feinde, so in den Grenzen des deutschen Vaterlandes jetzt, wo es gilt, ihm die Mittel zu schaffen, deren es für den Kampf um seine Existenz und seine Weltgeltung bedarf.

Die Siege, die unser herrliches Heer schon jetzt in West und Ost errungen, berechtigen zu der Hoffnung, daß auch diesmal wie einst nach 1870/71 die Kosten und Lasten des Krieges schließlich auf diejenigen fallen werden, die des Deutschen Reiches Frieden gestört haben.

Vorerst aber müssen wir uns selbst helfen.

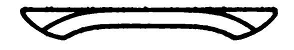
Großes steht auf dem Spiele. Noch erwartet der Feind von unsrer vermeintlichen finanziellen Schwäche sein Heil. Der Erfolg der Anleihe muß diese Hoffnung zerstören.

Deutsche Kapitalisten! Zeigt, daß Ihr vom gleichen Geiste beseelt seid wie unsere Helden, die in der Schlacht ihr Herzblut verspritzen! Deutsche Sparer! Zeigt, daß Ihr nicht nur für Euch, sondern auch für das Vaterland gespart habt! Deutsche Korporationen, Anstalten, Sparkassen, Institute, Gesellschaften, die Ihr unter dem mächtigen Schutze des Reichs erblüht und gewachsen seid! Erstattet dem Reiche Euern Dank in dieser schicksalsschweren Stunde! Deutsche Banken und Bankiers! Zeigt, was Eure glänzende Organisation, Euer Einfluß auf die Kundschaft zu leisten vermag!

Nicht einmal ein Opfer ist es, was von Euch verlangt wird! Man bietet Euch zu billigem Kurse Wertpapiere von hervorragender Sicherheit mit ausgezeichneter Verzinsung!

Sage Keiner, daß ihm die flüssigen Mittel fehlen! Durch die Kriegsdarlehnskassen ist im weitesten Umfang dafür gesorgt, daß die nötigen Gelder flüssig gemacht werden können. Eine vorübergehende kleine Zinseinbuße bei der Flüssigmachung muß heute jeder vaterländisch gesinnte Deutsche ohne Zaudern auf sich nehmen. Die deutschen Sparkassen werden den Einlegern gegenüber, die ihre Sparguthaben für diesen Zweck verwenden wollen, nach Möglichkeit in weitherziger Weise auf die Einhaltung der Kündigungsfristen verzichten.

Näheres über die Anleihen ergibt die Bekanntmachung unseres Reichsbank-Direktoriums, die heute an anderer Stelle dieses Blattes erscheint.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 23/24. 12. September **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Bericht an den Herrn Landeshauptmann von Pommern über die

psychiatrische Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten bei Stettin.

Von Dr. **Schnitzer,** Chefarzt der Kückenmühler Anstalten.

Die psychiatrische Mitarbeit in den drei Anstalten Züllchow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin war während des Berichtsjahres 1913/14 umfangreich und mannigfaltig. Die Untersuchung der Zöglinge förderte manches überraschende Resultat zutage, es zeigt sich immer mehr, wie außerordentlich wichtig die Feststellung des geistigen Zustandes durch den Sachverständigen ist, denn das Laienurteil über die geistige Beschaffenheit der Zöglinge geht doch allzu häufig fehl. Manche krankhafte Persönlichkeit wäre unerkannt durch die Fürsorgeerziehung gegangen und hätte später die Zahl derer vermehrt, die für Staat und Gesellschaft eine schwere Last und Gefahr bedeuten; nur auf Grund der psychiatrischen Untersuchung wurde es möglich, sie in das rechte Licht zu setzen und, was am wichtigsten ist, ihre endgültige Versorgung auch nach Ablauf der Fürsorgeerziehung in die Wege zu leiten. Hier liegt der Kernpunkt der ganzen Arbeit. Denn nicht allein darauf kommt es an, im Verlaufe der Fürsorgeerziehung die krankhaften Zöglinge richtig zu bewerten und zu behandeln, sondern vor allem auch in den geeigneten Fällen nach Beendigung der Fürsorgeerziehung mit den zu Gebote stehenden Mitteln weiter für sie zu sorgen. Freilich stößt dabei der Sozialhygieniker auf nicht geringe Schwierigkeiten. Die Gesetzgebung sieht zwar im Wege der Armenfürsorge eine geeignete Unterbringung für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische vor, es fehlt aber noch an einer gesetzlichen Regelung der Fürsorge für solche, die, ohne den erwähnten drei Gruppen anzugehören, doch von einer krankhaften Beschaffenheit und außerstande sind, ohne den Schutz der Anstalt zu existieren. Unter dem wohltätigen Einfluß einer geregelten Anstaltsfürsorge können sie in dem kleinen Kreise, dem sie angehören, nützliche und brauchbare Glieder werden; ohne sie bleiben sie Schädlinge am Gesellschaftskörper und wir finden sie als unverbesserliche Bettler, Vagabunden, Prostituierte und Verbrecher wieder. Alles drängt dahin, in Ergänzung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 auch für geistig minderwertige Persönlichkeiten die Unterbringung in geeigneten Anstalten in allen den Fällen gesetzlich festlegen zu lassen, in denen Anstaltsbedürftigkeit tatsächlich vorliegt. Zunächst müssen wir uns noch mit der gegenwärtigen Rechtslage abfinden und wenigstens für diejenigen sorgen, für welche die vorhandenen Anstaltseinrichtungen in Betracht kommen.

So sind im abgelaufenen Berichtsjahre 16 Fürsorgezöglinge aus den Erziehungsanstalten, und zwar 2 männliche und 14 weibliche den Kückenmühler Anstalten definitiv überwiesen worden, hierzu kommen noch 9 männliche und 1 weiblicher Zögling, welche als Psychopathen Aufnahme fanden. Unter den letzteren waren einige ganz besonders schwierige Elemente, für welche sich auch die Einrichtungen in den Kückenmühler Anstalten als unzulänglich erwiesen. Drei Zöglinge mußten daher nach dem Verwahrungshause der Irrenanstalt Stralsund transferiert werden, drei andere, die aus den Kückenmühler Anstalten entwichen waren, sind zur Überweisung an das Verwahrungshaus empfohlen. Daß die schwebende Frage über die Versorgung der schwer erziehbaren Psychopathen eine endgültige Regelung dringend erfordert, haben mit voller Klarheit die beklagenswerten Vorgänge in der Anstalt Warsow gezeigt. Über die Revolte, die am 10. Juli 1913 daselbst auf den größten Teil der Zöglinge übergriff, habe ich seiner-



zeit einen Bericht an den Herrn Landeshauptmann erstattet; an dieser Stelle möchte ich mir nur noch einmal den Hinweis erlauben, daß die Anhäufung schwieriger und krankhafter Elemente in einer Anstalt, die für eine ganz andere Art von Zöglingen gedacht und eingerichtet ist, notgedrungen zu einer solchen Katastrophe führen mußte. Das Verhalten des Aufseherpersonals bei diesem Ereignis muß rühmend anerkannt werden; es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß nur die verständnisvolle Zurückhaltung desselben angesichts der Übermacht der revoltierenden Zöglinge schweres Blutvergießen verhinderte. Wohl müssen wir sagen, daß wir hinsichtlich der Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge uns noch in den Anfangsgründen befinden, allein von den verschiedensten Seiten wird das Problem mit Geschick und Verständnis in Angriff genommen; davon konnte ich mich überzeugen, als ich im Februar zu einer Besichtigung der Erziehungsanstalten nach Göttingen reiste. Über die Eindrücke daselbst und über die Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge überhaupt habe ich in einer von dem Herrn Landeshauptmann nach Stettin berufenen Fürsorgeerziehungs-Konferenz am 19. Februar berichtet.

Im ganzen wurden im abgelaufenen Berichtsjahr 207 Zöglinge, und zwar 150 männliche und 57 weibliche untersucht, der größte Teil der Zöglinge, nämlich 172, stammte aus Pommern, die übrigen aus den angrenzenden Landesteilen. Über Einzelheiten geben die beigefügten Tabellen nähere Auskunft. Ich möchte hier nur folgendes hervorheben: Von den 207 untersuchten Zöglingen waren 81, nämlich 58 männliche und 23 weibliche geistig normal, 126 Zöglinge, nämlich 92 männliche und 34 weibliche zeigten einen krankhaften Geisteszustand, das ergibt eine Prozentzahl von 60,87. Wir können wiederum eine auffallende Übereinstimmung dieser Ziffer mit den Ergebnissen der früheren Jahre konstatieren,

1911 waren es 62,85%,
1912 waren es 65,2 %,
1913 waren es 62,6 %,

also mit Ausnahme der geringen Differenz im Jahre 1912 fast gleich große Zahlen. Von den 39,13% Normalen entfallen auf die männlichen Zöglinge 38,67% und auf die weiblichen 40,37%, so daß die Prozentzahl der männlichen Abnormen mit 61,33% ein wenig höher ist, als der Prozentsatz der weiblichen Abnormen, der 59,65% beträgt, erblich belastet waren im ganzen 40,1% und von diesen 68,67% durch Alkoholismus. Von den abnormen Zöglingen waren 26,57% männliche und 13,53% weibliche meist in direkter Linie erblich belastet. 39,93% waren gerichtlich bestraft, von den normalen weiblichen 12,3%, von den abnormen weiblichen 14%, von den normalen männlichen Zöglingen waren 18,6% und von den abnormen männlichen 25,3% gerichtlich bestraft. Mit Degenerationsmerkmalen waren 12% der normalen und 25% der abnormen männlichen Zöglinge, sowie 3,5% der normalen und 22,8% der abnormen weiblichen Zöglinge behaftet.

Auf Grund des Justiz-Ministerial-Erlasses vom 9. Januar 1911 betreffend die psychiatrische Untersuchung im Ermittlungsverfahren wurden gemäß dem Ersuchen des Jugendrichters 18 männliche und 10 weibliche Zöglinge psychiatrisch untersucht.

Es wurden ferner alle militärpflichtigen Zöglinge vor dem Stellungstermin untersucht und begutachtet. Die Gutachten lagen den Ersatzbehörden vor, leider muß gesagt werden, daß entgegen den Gutachten 4 schwachsinnige Zöglinge zum Militärdienst ausgehoben wurden.

Soweit die krankhaften Zöglinge in den Erziehungsanstalten verblieben, wurden sie unter Berücksichtigung psychiatrischer Gesichtspunkte erzogen und behandelt. Nicht nur daß nach Feststellung des Geisteszustandes bei jedem einzelnen Zögling die erforderlichen Hinweise erteilt wurden, es wurden auch in den Unterrichtsstunden, welche in Züllchow wöchentlich einmal, in den beiden andern Anstalten monatlich einmal stattfanden, im Zusammenhang die Entstehung, Erkennung, Beurteilung und Behandlung der krankhaften Geisteszustände erörtert. Auch in Fragen der Unterbringung und Beschäftigung einzelner Zöglinge fanden Konferenzen des Berichterstatters mit den Anstaltsleitern statt. Die Gesamtzahl der Besuche, die den einzelnen Anstalten gemacht wurden, betrug im Berichtsjahr 93.

Die zu Beginn des Berichtsjahres in Betrieb genommene Hilfsschule in Züllchow hat ihre Berechtigung und Notwendigkeit erwiesen. Die Trennung der geistig schwachen von den geistig normalen Schülern, die Heranziehung geeigneter Lehrkräfte und die Umgestaltung des Lehrplanes lassen schon jetzt einen günstigen Einfluß auf die pädagogische Ausbildung der Hilfsschulkinder erkennen.

Auch am Schlusse dieses Berichtes ist es mir ein aufrichtiges Bedürfnis, dem Herrn Landeshauptmann von Eisenhart-Rothe und seinem Dezernenten Herrn Landesrat Scheck für das große Wohlwollen, das sie meinen Bestrebungen zu jeder Zeit entgegenbrachten, verbindlichsten Dank zu sagen.



Tab. 1. **Ortsangehörigkeit und Alter der Zöglinge.**

Ortsangehörigkeit	männlich	weiblich	zusammen
Pommern	122	50	172
Mecklenburg-Schwerin	3	1	4
Schleswig-Holstein		3	3
Westpreußen		2	2
Posen	9		9
Berlin	9	1	10
Lübeck	7		7
Zusammen:	150	57	207

Alter	männlich	weiblich	zusammen
Es waren im Alter von:			
6 bis 7 Jahren	1		1
8 bis 9 Jahren	1		1
10 bis 11 Jahren	4	1	5
12 bis 13 Jahren	8	2	10
14 bis 15 Jahren	32	18	50
16 bis 17 Jahren	72	20	92
18 bis 19 Jahren	26	14	40
20 bis 21 Jahren	6	2	8
Zusammen:	150	57	207

Tab. 2. **Diagnose.**

Erziehungsanstalt	Geistig Normale		Moralische Minderw.		Intellekt. Minderw.		Intellekt. und moralische Minderw.		Debilität		Imbezillität		Idiotie		Neurasthenie		Nervosität		Zusammen
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Magdalenenstift		23		4		6				10		12		1				1	57
Züllchow	34		9		17		1		13		23						1		98
Warsow	24		3		12		1		4		6				1		1		52
	58	23	12	4	29	6	2		17	10	29	12		1	1		2	1	207
	81		92 männliche, 34 weibliche, zusammen = 126 Zöglinge.																

Tab. 3. **Erbliche Belastung.**

Art der Belastung	Geistig Normale		Moralische Minderw.		Intellekt. Minderw.		Intellekt. und moral. Minderw.		Debilität		Imbezillität		Idiotie		Neurasthenie		Zusammen
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Direkte Belastung:																	
Durch Geisteskrankheit																	
a) einfach		1							2	1	2	1					7
b) mehrfach		1									1						2
Durch Trunksucht	17	6	1	2	9	4	1		3	1	8	4		1			57
Durch Trunksucht u. Geisteskrankheit									2		1						3
Direkte u. kollaterale Belastung (durch Trunksucht)									1			1					2
Kollaterale Belastung	1									2	2				1		6
Durch Nervenkrankheiten										1		1					2
Durch Epilepsie	1	1	1														3
Blutsverwandtschaft der Eltern	1																1
Zusammen:	20	9	2	2	9	4	1		8	5	14	7		1	1		83
	29		54 = 35 m. und 19 w.														



Tab. 4. **Kriminalität.**

a) B e s t r a f t.

Delikt	Geistig Normale		Moralische Minderw.		Intellekt. Minderw.		Intellekt. und moral. Minderw.		Debilität		Imbezillität		Nervosität		Zusammen
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Einfacher Diebstahl	11	4		1	7	3			3	1	3				33
Schwerer Diebstahl	6		2				1		1		1				11
Diebstahl und Betrug							1		1						2
Diebstahl und Unterschlagung							1				1				2
Diebstahl und Urkundenfälschung	3				1							1			5
Diebstahl und Unzucht		1													1
Diebstahl und Sachbeschädigung			1				1								2
Diebstahl und Beleidigung	1									1					2
Diebstahl und Sittlichkeitsverbrechen			1						1		1				3
Betrug					1				1						2
Betrug und Körperverletzung	1														1
Betrug und Urkundenfälschung	1						1		1						3
Sittlichkeitsverbrechen											1				2
Unzucht		1			1										1
Körperverletzung	2								1						3
Mordversuch		1													1
Brandstiftung und Diebstahl			1		1										2
Beleidigung											1				1
Landfriedensbruch	1														1
Landstreichen														1	1
Widerstand und Ruhestörung	1														1
Erregung öffentl. Ärgernisses	1														1
Zusammen:	28	7	5	1	11	3	5		9	2	8	1		1	81
	35		38 m. und 8 w. = 46												39,13 %

2 mal bestraft 13 m., 4 w.; 3 mal bestraft 5 m., — w.; 4 mal bestraft 7 m., 1 w.; 5 mal bestraft 6 m., — w.

b) N i c h t b e s t r a f t.

	Geistig Normale		Moralische Minderw.		Intellekt. Minderw.		Debilität		Imbezillität		Nervosität		Neurasthenie		Zusammen
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Diebstahl	7	3	4	1	4		4	1	8	3	1				36
Vagabondage	8				1		2		2				1		14
Prostitution		6								2					8
Diebstahl und Vagabondage	1				2	1	2		1	1					8
Unterschlagung	2	1			1						1				5
Diebstahl und Unsittlichkeit								2	1						3
Diebstahl und Sodomie			1												1
Zusammen:	18	10	5	1	8	1	8	3	12	6	2		1		75
	28		36 m. und 11 w.												



Tab. 5. **Degenerationszeichen.**

Degenerationszeichen	Geistig Normale m.	Geistig Normale w.	Moralische Minderw. m.	Moralische Minderw. w.	Intellekt. Minderw. m.	Intellekt. Minderw. w.	Intellekt. und moralische Minderw. m.	Intellekt. und moralische Minderw. w.	Debilität m.	Debilität w.	Imbezillität m.	Imbezillität w.	Idiotie m.	Idiotie w.	Nervosität m.	Nervosität w.	Neurasthenie m.	Neurasthenie w.	Zusammen
Deformierte Ohrmuscheln (angewachsene Ohrläppchen, Henkelohren, Morelsches Ohr, Darwinsches Knötchen, Darwinsche Spitze	9[1]	1	4[2]		4	1			4	1	6[1]				1				31
Asymmetrie des Kopfes . . .	5				2		1				1								9
Turmschädel			2																2
Mikrozephalie														1					1
Oxyzephalie			1																1
Mongolenfalte												1							1
Fliehende Stirn									1										1
Doppelter Haarwirbel . . .	1				2[2]						1								4
Unregelmäßige Zahnstellung .	1	1								1									3
Strabismus										1									1
Katarakta									1										1
Stottern			1		1														2
Steiler Gaumen												2							2
Kryptorchismus			1																1
Infantilismus	1											1							2
Scapula scaphoidea	1																		1
Naevus pigmentosus u. Homosexualität																	1		1
Muskelunruhe												1							1
Wandertrieb											1								1
Bettnässen										1	2[3]	1							4
Affektausbrüche				1															1
Zusammen:	18	2	9	1	9	1	1		6	4	11	6		1	1		1		71
	20		51 = 38 m. und 13 w.																

[1]) Je einer außerdem unregelmäßige Zahnstellung.
[2]) Je einer außerdem abstehende Ohren
[3]) Außerdem Monorchismus. Henkelohren.

Tab. 6. **Kopfumfang.**

Kopfumfang	Geistig Normale m.	Geistig Normale w.	Moralische Minderw. m.	Moralische Minderw. w.	Intellekt. Minderw. m.	Intellekt. Minderw. w.	Intellekt. und moral. Minderw. m.	Intellekt. und moral. Minderw. w.	Debilität m.	Debilität w	Imbezillität m.	Imbezillität w.	Idiotie m.	Idiotie w.	Neurasthenie m.	Neurasthenie w.	Nervosität m.	Nervosität w.	Zusammen
49 bis 50 1/2 cm	1	1							2		3	1		1					9
51 bis 52 1/2 cm	4	3	4		5	1	1		4	2	11	3							38
53 bis 54 1/2 cm	29	14	4	1	13	1	1		8	6	7	6						1	91
55 bis 56 1/2 cm	20	5	4	3	9	3			3	2	6	2			1		2		60
57 bis 58 1/2 cm	3		1	1			1				1								7
bis 59 1/2 cm									1		1								2
Zusammen:	57	23	13	5	27	5	3		18	10	29	12		1	1		2	1	207

Kritik des Buches von Hartmann Grisar S. J. Über Luther und Luthers psychische Konstitution.

Von Direktor Dr. **Mönkemöller,** Langenhagen.

Fortsetzung.

Grisar berichtet weiterhin, daß Luther in seinen Ängsten auch von Selbstmordgedanken geplagt worden sei, während er im übrigen den angeblichen Selbstmord Luthers als Geschichtsfabel bezeichnet. Als der Prediger Beyer ihm gegenüber von seinen Anfechtungen, sich das Leben zu nehmen sprach, erklärte Luther: „Das traf auch bei mir zu. Wenn ich ein Messer in die Hand bekam, fielen mir solche Vorstellungen ein, ich konnte auch nicht beten, ohne daß mich der Teufel aus der Kammer gejagt hat.“ Da bei Luther ein sehr starker neurasthenischer Einschlag bestanden hat, hat es sich bei dieser Äußerung nach der ganzen Schilderung wahrscheinlich um Zwangsvorstellungen gehandelt.

Gegen derartige Anfechtungen empfahl Luther selbst vor allem das Ablenken der Gedanken durch Teilnahme an munterer Unterhaltung oder an Spielen. In solchen Momenten wünschte er sich die Rückkehr seiner Freunde. Nach dem aufgeräumten munteren Umgange fühlte er deutlich Besserung. Durch die Erweckung eines heftigeren Affektes konnte er den Einfluß der beunruhigenden Gedanken überbieten. Durch die materiellsten sexuellen Genüsse suchte er sich zu zerstreuen. „Ein starker Trunk Bieres hilft bei schweren Gedanken mehr als astrologische Aufschlüsse.

„Wenn ich die Schrift (einen biblischen Spruch) ergreife, so hab ich gewonnen, nur stellt der Spruch sich öfter nicht ein.“ Die Geduld stärkt sich bei dem Gedanken: „Du wirst mittels der Versuchungen ein großer Mann werden.“ Worte von gelehrten und großen Männern, die von den Angefochtenen gerichtet sind, mögen diesem wie ein Orakel, eine Weissagung dienen.

Bußen und Abtötung sowie auch andere asketische Mittel verschlimmerten seiner Ansicht nach den Zustand, eine Ansicht, der vom psychiatrischen Standpunkte aus entschieden beigestimmt werden muß.

Trotz seiner Abneigung gegen Nahrungsaufnahme in diesem Zustande, suchte er immer ordentlich zu essen und zu trinken. Auch guter Schlaf schien ihm wichtig zur Abwehr der Verstimmung zu sein.

Neben diesen Anfechtungen berichtet Grisar dann die von Luther als Schreckensschauer (terrores, pavores) bezeichneten Zustände, die aber offenbar auf gleicher Stufe mit den Angstanfällen stehen. Ein derartiger Angstparoxysmus befiel ihn z. B. im Kloster. Als er die Messe las und der Kanon begann, ergriff ihn ein solcher Schrecken, daß er entlaufen wäre, wenn ihn nicht der Prior durch seine Mahnung zurückgehalten hätte. Als er später bei der Prozession neben seinem Vorgesetzten Staupitz ging, der das Allerheiligste trug, befielen ihn gleichfalls Schrecken und Angst derart, daß er kaum bleiben konnte. Als einen Zustand unbeschreiblicher Angst führte Grisar auch den schon erwähnten krampfartigen Zustand im Erfurter Kloster an, jedenfalls müsse man jenen Fall von epilepsieartigen Convulsionen in Verbindung mit jenen Schreckenszuständen setzen, wenn man auch höchstens eine entfernte epileptische Anlage annehmen könne.

Von diesen Schreckenszuständen entwirft Luther eine äußerst farbenreiche und anschauliche Schilderung, wobei er offenbar aus der eigenen Erfahrung schöpft: „. . . die Peinen sind so groß und so höllisch, daß keine Zunge es aussprechen, keine Feder es schreiben, kein Uneingeweihter es glauben kann. . . . Da erscheint Gott schrecklich erzürnt und mit ihm zugleich die ganze Kreatur. Da gibt es keine Flucht, keinen Trost, weder innen noch außen, sondern nur Anklage. . . . In diesem Augenblicke kann die Seele seltsamerweise nicht glauben, sie könne ja erlöst werden; sie fühlt nur, daß die Strafe noch nicht voll ist. . . . Keinen Winkel gibt es in ihr, der nicht voll wäre von bitterster Bitterkeit, von Schrecken, Entsetzen und Trauer und zwar mit dem Gefühle von deren Ewigkeit. . . . Es ist eine Höllenqual, jener unerträgliche allen Trost ausschließende Schrecken.“

Mit diesen Angstzuständen fielen zeitlich auch die schon erwähnten Ohnmachtsanfälle zusammen, so daß sie auch klinisch auf dem gleichen Standpunkte zu stehen scheinen.

So berichtet Luther 1527, er sei plötzlich durch ein Zusammenlaufen oder eine Verdichtung des Blutes um die Präkordien geängstigt und fast getötet worden. Im selben Jahre war er nach einer außergewöhnlich starken Anfechtung zunächst einer Ohnmacht nahe, berichtete dann, sprach von seiner Todesbereitschaft und klagte am Nachmittag über ein unerträgliches Sausen im linken Ohre. Schließlich stellte sich eine Ohnmacht



ein, nachdem er sehr schwach war. Dabei überfiel ihn ein reichlicher Tränenerguß unter eigentümlichen Schluchzen. Die leibliche Schwäche blieb auch, als sich jetzt die schweren geistigen Anfechtungen einstellten. Buggenhagen mußte eine Zeit lang in Luthers Hause Wohnung nehmen, weil dieser Trost und Hilfe in der Nähe haben mußte. Acht Tage lang konnte Luther weder lesen noch schreiben.

Die Ohnmachten wiederholten sich in demselben Jahre, auch 1530. Hier traten sie nach einer großen Aufregung ein, in der er sogar den Teufel zu sehen glaubte. Am nächsten Tage starkes Kopfsausen. Brustbeschwerden mit Angstparoxysmen werden noch 1536 gemeldet, auch bei seinem Tode klagte er über Bewegung auf der Brust.

Obgleich Grisar die „Anfechtungen" mit größter Ausführlichkeit und Anschaulichkeit beschreibt, kommt er doch zu dem Ergebnisse, daß man in den erschütternden Geständnissen Luthers über seine Gewissenskämpfe, in den schrecklichen Selbstvorwürfen wegen seines Abfalles und der Zerstörung des alten Kirchenwesens einen von Krankheit sehr verschiedenen Prozeß zu erblicken habe.

Wenngleich Grisar sonst ohne jede Frage ein hervorragendes Verständnis für psychiatrische Fragen verrät, wie sehr er auch mit der schnellen Auffassung der Punkte, die hier in Betracht kommen, Kritik und Überwindung angelernter Vorurteile beweist, bei dieser Frage kann er nicht aus seiner eigenen Haut heraus. Und dadurch wird gerade seine Auffassung für den Psychiater sehr interessant. Führt sie ihn doch aus dem Gebiete der Empirie, mit der wir uns jetzt über das Wesen der Krankheiten klar zu werden suchen, zur philosophischen Anschauungsweise zurück, die unbewußt häufig in diese Dinge die Anschauungen hineinträgt, die man dort zu finden hofft.

„Jeder, der das geistliche Leben irgendwie kennt, weiß, daß dabei Verdunkelungen der Seele vom Geiste des Bösen erregt werden können und leicht an krankhafte leibliche Zustände des Versuchten anknüpfen. Im Bunde mit derselben finden sie besseren Spielraum und dringen tiefer in die Tiefe der Seele ein."

Grisar sucht seine Annahme, daß die sogenannten Anfechtungen keine bloße Krankheitserscheinungen sind, zunächst dadurch zu erweisen, daß sie von den Angstzuständen, deren Krankhaftigkeit er anerkannt, unabhängig seien. Die Anfechtungen hätten sich erst nach seinem öffentlichen Auftreten eingestellt, jene seien schon vorher dagewesen. Wären sie zusammen aufgetreten, so seien die Anfechtungen durchweg vorausgegangen. Verschwinden die leiblichen Übel, so bleiben demnach oft die Anfechtungen für lange Zeit zurück bei sonst normaler Stimmung. Sie kämen allerdings auch in Verbindung mit anderen körperlichen Übelständen vor. So begleiteten sie 1529 eine Erkrankung von Grippe. Andererseits konnten sie auch die Mitursache der körperlichen Erscheinungen, von Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie von Brustschnürung und Ohnmachten gewesen sein.

Gewissenskämpfe müßten bei einem Werke, wie demjenigen Luthers, und bei einer Person von seinem Lebensgange auch ohne jedes Hereinspielen jener Krankheitszustände sehr erklärlich erscheinen. Dabei bleibe bestehen, daß solche Kämpfe und Anfechtungen durch die krankhafte Angst mächtig gefördert werden könnten. Die Angst, die zum Teil vielleicht seiner Nervosität oder anderen körperlichen Indispositionen zuzumessen sei, mußte sich notwendig an die inneren Bedenken und Nöte anklammern, nachdem das Abfallswerk einmal eröffnet war.

„Beides schmolz dann öfter so ineinander, daß eine Trennung schwer ist."

Die Psychiatrie wird sich mit dieser künstlichen und subtilen Scheidung nicht abzugeben brauchen. Ihr wird man ja auch wohl kaum den Parteistandpunkt vorwerfen, „dessen Absicht dahin gehe, Luthers bittere Selbstvorwürfe und Zweifel an der eigenen Lehre als Vorgänge, die nicht gegen ihn zeugen sollen, herabzudrücken.

Gewiß wird man nicht alles, was in dieses Gebiet gehört, mit dem Mantel des Psychopathologischen zu umhüllen geneigt sein. Jeder Mensch, der eine solche ungeheure Umwälzung herbeiführt, der eine solche unermeßliche Verantwortung auf sich nimmt, wird, wenn er nur von dem geringsten Verantwortungsgefühl erfüllt ist, in stillen Stunden den inneren Kampf durchmachen müssen, ob er dann das Rechte getan hat und ob er für alles, was er getan hat, auch die Verantwortung auf sich nehmen kann. Diese geistigen Depressionen schließen sich auch öfters an äußere Erscheinungen an, die eine psychologische Steigerung des Verantwortlichkeitsgefühls nach sich ziehen mußten, wie das Auftreten der Wiedertäufer, die Bauernkriege, die Bilderstürmer, die Anfechtungen von gegnerischer Seite, die trostlosen Sittenzustände, die Schrecken der Türkenkriege, der Rückgang von Bewegung vor seinem Lebensabende, sein körperlich leidender Zustand.

So kann man auch den Todesahnungen, die er manchmal hatte, nicht ganz einen höchst



reellen Untergrund aberkennen. Stand ihm doch das Schicksal Huß' als dräuendes Beispiel vor Augen. Wenn er im Bauernkriege wegen des Ausgangs der sozialen und religiösen Wirren in angstvoller Aufregung lebte, mußte er als einer der ersten indirekten Anstifter von Herren und Bauern für sich fürchten.

Aber recht oft gehen diese inneren Verstimmungen dann doch weit über die physiologische Breite hinaus. Immer wieder drängt sich uns aus den prägnanten Schilderungen die Überzeugung auf, wie sehr die Gefühle, die Luther hier schildert, durchaus identisch sind mit den innerlichen Qualen unserer Kranken, die im Banne der Melancholie und ihrer Abarten stehen. Wenn wir sehen, wie die Selbstvorwürfe — denn als nichts anderes können die „Anfechtungen" bezeichnet werden — in nichts abweichen von den krankhaften Gewissensbissen unserer Kranken, die sich nicht das geringste vorzuwerfen haben, dann liegt für uns nicht die mindeste Veranlassung vor, sie auf eine andere Stufe zu stellen, wie eben alle diese Krankheitssymptome.

Stellt man sich diese Zeiten der Depression in ihrer Gesamtheit vor Augen, dann muß man der Ansicht Moebius' beistimmen, daß sich diese auffallenden Erscheinungen am zwanglosesten als eine leichtere Form des manisch-depressiven Irreseins auffassen lassen.

Am wenigsten braucht man sich daran zu stoßen, daß die einzelnen Phasen der Depression von ganz ungleicher Intensität und Dauer sind, und daß sie zeitlich keinem bestimmten Typus entsprechen.

Auch daß die manischen Phasen nicht so sehr in den Vordergrund treten, braucht uns vor dieser Diagnose nicht stutzig zu machen. Treten sie auch sonst ja oft genug ganz hinter den Depressionszuständen zurück.

Forscht man übrigens aufmerksam nach, so findet man auch hier noch genug, was als deutliche Verkörperung dieser manischen Phase gedeutet werden könnte.

Zeitweise erfahren gewisse Eigenschaften, die an und für sich in seiner ganzen Charakterveranlagung begründet erscheinen, eine besonders starke Ausprägung und nehmen dann im großen und ganzen die Färbung an, wie sie diesen Erhebungen über die physiologische mittlere Stimmungslinie zukommt. Die ganze Heißblütigkeit seines Temperaments steigert sich, der Stolz auf die eigene Bedeutung verlangt mehr Beachtung, die Neigung zur Streitsucht, zur Rechthaberei, sein starrer Sinn, sein Trotz prägen sich noch stärker aus. Es kommt zu dem maßlosen Auftreten gegen Feinde, zu einem Anschwellen des normalen Redeeifers, das schließlich oft in die grandiosesten Schimpfereien ausartet. Selbst das zeitweise so starke Auflodern der sexuellen Gefühle läßt sich ohne Bedenken in eine solche Hebung der allgemeinen Lebensfunktionen einfügen, wie sie eben diesen manischen Phasen eigentümlich ist.

Naturgemäß ist eine haarscharfe Scheidung von Normalen nach dieser Richtung hin sehr schwer. Hier muß man die damaligen Zeitverhältnisse wieder weitgehend in Rechnung stellen. Man muß bedenken, daß er im Kampfe stand und daß die literarischen Kampfmethoden jener Zeit nicht über die vornehme Sachlichkeit verfügten, mit der heutzutage solche Fehden ausgefochten werden. Man muß der knorrigen Natur Luthers in dieser Beziehung bedeutende Konzessionen machen.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Ärztlicher Verein in Hamburg.** Sitzung vom 29. Mai 1914. (Ref.: M. Nonne Hamburg.)

Lienau: Über Jugendirresein. Nach einem kurzen geschichtlichen Abriß wird die Arbeit Bleulers „Gruppe der Dementia praecox oder Schizophrenien" zusammen mit der von Kraepelin 1913 gebrachten „Gruppe der endogenen Verblödungen" besprochen und zu den an 143 Fällen gemachten Erfahrungen in Beziehung gesetzt. Ätiologisch glaubt Vortr. dem psychischen Trauma, das meistens nur auslösend wirkt, doch in einigen Fällen ursächliche Bedeutung zuschreiben zu sollen. An körperlichen Krankheitszeichen wurden u. a. wiederholt Pupillenänderungen, profuse Speichel- und Tränenabsonderungen, kopiöse Stuhlentleerungen beobachtet. An einer Reihe von Fällen werden die verschiedenen Formen der Schizophrenie klinisch besprochen. Von den in der Heilanstalt „Eichenhain" behandelten 143 Fällen blieben etwa 70,6% ungeheilt; 29,3% wurden defektgeheilt oder geheilt. Eine endgültige Heilung kann mangels ungenügender Dauer der Beobachtung nicht zugegeben werden, da das Vorliegen einer Remission möglich erscheint. Vortr. spricht aus: „ Wer eine echte Dementia praecox durchgemacht hat, wird dem Leben kaum jemals vollwertig wiedergegeben werden." Differentialdiagnostisch warnt Vortr. vor zu starker Würdigung von Zustandsbildern. Hysterie und Katatonie können sich lange Zeit hindurch so ähnlich sein, daß eine Unterscheidung kaum möglich ist.

Neurasthenische und hysterische Symptome können dem Krankheitsbild der Dementia praecox sehr nahekommen und auch die ersten Erscheinungen der wirklichen Dementia praecox sein. Von den Abderhaldenschen Verfahren erwartet Vortr. Großes. Prognostisch sah Vortr. Fälle mit auffallend schwachsinnigen Selbstmordversuchen im Anfang, ferner Fälle mit schweren körperlichen Symptomen, starker Tränen- und Speichelabsonderung, kopiöser Stuhlentleerung, Fieber und langdauernder Cessatio mensium, sowie Fälle mit von vornherein stark hervortretender Urteilsschwäche recht ungünstig verlaufen. Vortr. würdigt die geistreiche und sicher bahnbrechend gewesene Arbeit Kraepelins, glaubt aber nach seinen Erfahrungen doch, daß der Begriff „Dementia praecox" ebenso wie „Gruppe der endogenen Verblödungen" in der heutigen Ausdehnung wenig glücklich sind. Er findet doch einen Unterschied zwischen den jugendlichen und späteren Krankheitsformen, zwischen den Krankheitsvorgängen, welche in der Entwicklung von neuen Zellqualitäten zerstörend eingreifen, und solchen, welche entwickelte fertig vorhandene Zellwerte zerstörend beeinflussen. Es erscheint ihm klar, daß im jugendlichen Organismus, der, bis dahin von Elternhaus und Schule bevormundet, nunmehr selbst die sein Seelenleben ausmachenden psychischen Vorgänge in die Hand nehmen soll, neue, besonders zarte, leicht ansprechende und schädlichen Einflüssen zugängliche Zellbeschaffenheiten entstehen müssen, und daß diese Zellarten erst im Laufe längerer Zeit wetterhart und widerstandsfähig werden können. Vortr. stellt sich vor, daß diese zarten Zellbildungen von Schädlichkeiten auch exogener Natur — wie etwa die zarten Fruchtansätze der Pflanzen von einem Nachtfrost — ungünstig beeinflußt oder zerstört werden können. Auch ein psychisches Trauma scheint ihm bei großer Intensität und längerer Einwirkung die Elastizitätsgrenzen der jungen Zellbildungen überschreiten und dadurch einen Circulus vitiosus im Organismus hervorrufen zu können. Bei Fällen im höheren Alter glaubt Vortr. an eine ursächliche Rolle des psychischen Traumas nicht. Bei Spätfällen vermißt Vortr. stets die in der Jugend sofort hervortretende geistige Schwäche in Urteilen und Handeln. Bei Spätfällen ist die Veränderung und die Verblödung häufig nicht so tiefgehend wie bei Jugendfällen, die Diagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein oft sehr schwer. Vortr. glaubt, daß bei den jugendlichen Fällen der Krankheitsprozeß einsetzt in den höchsten in der Entwicklung begriffenen Zellqualitäten, während bei Spätfällen die höchsten Zellqualitäten erst sekundär nach Erkrankung psychischer Einzelwerkstätten ergriffen werden. Der Name „Dementia praecox" paßt für die Spätfälle und die in der Jugend günstig verlaufenden Fälle oft nicht. Vortr. hält daher für richtig, eine Krankheitsgruppe der Schizophrenien (Bleuler) zu bilden und in dieser den Namen Dementia praecox oder besser Dysphrenia praecox als Untergruppe auf die Fälle diesseits des 30. Lebensjahres zu beschränken. (Autoreferat.)

Diskussion: Trömner betont die Schwierigkeit der Diagnose manchen Mischformen des manisch-depressiven Irreseins gegenüber im Anfang der Erkrankung. Er bestreitet die Möglichkeit, daß ein rein psychisches Trauma eine meist so schwer verlaufende Erkrankung, wie die Dementia praecox hervorrufen könne, höchstens könne man von einer zeitlichen Anteposition des Beginns sprechen. Den von manchen Autoren recht zahlreich berichteten Heilungen steht er skeptisch gegenüber, da sich bei genauer Beobachtung der gebesserten Kranken doch meistens, wenn auch leichte Ausfälle in der geistigen Initiative, der Präzision der Gedankenarbeit, den feineren Interessen u. a. feststellen lasse. (Autoreferat.)

Nonne hebt zwei Punkte hervor: 1. Die Neurologen sehen offenbar leichtere bezw. „imperfekte" Fälle von Dementia praecox aus dem weiten Gebiete der Dementia praecox. So erklärt es sich, daß sich dem Neurologen die Prognose der Fälle günstiger darstellt bezw. daß sie einen größeren Prozentsatz geheilter Fälle sehen als die Anstaltspsychiater. Solche Fälle nur deshalb nicht der Dementia praecox zuzurechnen, weil sie in Heilung ausgegangen sind, hält N. für nicht gerechtfertigt. 2. Wenn man in der Lage ist, die Aszendenz der an Dementia praecox leidenden Kranken genau zu studieren, so zeigt sich, daß Lues in der Aszendenz von den an Dementia praecox leidenden Jugendlichen verhältnismäßig häufig ist. N. hat bei solchen Kranken selbst weder objektive Symptome von Lues congenita noch Wassermannreaktion, noch Luetinreaktion gefunden. Es handelt sich also hier offenbar nur um sogen. „Keimschädigungen". In der Literatur haben bereits verschiedene Autoren auf diesen Punkt hingewiesen, jedoch ist die Tatsache noch wenig bekannt geworden. (Autoreferat.)

Saenger stimmt in seinen Erfahrungen betreffs der Dementia praecox mit Nonne überein. Er berichtet über 2 Fälle, die von kompetentester psychiatrischer Seite für Dementia praecox angesehen und für infaust gehalten wurden, die aber beide in Genesung übergegangen sind. Es ist möglich, daß bestimmte Gruppen von Pubertätspsychosen von dem als Dementia praecox aufgestellten Krankheitsbild abgesondert werden müssen, gerade im Hinblick auf den günstigen Verlauf. S. ist der Ansicht, daß die Diagnose „Dementia praecox" zu häufig gestellt wird. (Autoreferat.)

Heß hält einer günstigeren Auffassung der Prognose dieses vielumstrittenen und vielbezeichneten Krankheitsbegriffs eine Arbeit von Szedlák aus dem Jahre 1913 entgegen, wonach von 138 Fällen nur 5 Heilungen (?) verzeichnet werden. Auch therapeutische Versuche mit Tuberkulininjektionen in 11 Fällen hatten, wie Treiber berichtet, durchaus keine zweifellos günstigen Wirkungen. (Autoreferat.)

Weygandt: Die Gruppe des Jugendirreseins befindet sich noch mitten im Fluß wissenschaftlicher Feststellungen nach den verschiedensten Richtungen hin, neben der Psychologie, Verlaufs- und Hereditätsforschung sind vor allem von der Anatomie und der Serologie Aufschlüsse zu erwarten. Besonders schwierig ist die Frage der Beziehungen zu den Erkrankungen in früher Jugend. Vorläufig ist die Abtrennung einer De-

mentia infantilis und praecocissima, wie die Fälle von Heller, Sante de Sanctis, Weygandt u. a. bezeichnet werden, noch klinisch zweckmäßig. (Autoreferat.)

Lineau (Schlußwort) betont die enorme Häufigkeit erblicher Belastung, sein Übereinstimmen damit, daß Alkohol und Lues für die Ätiologie als keimschädigend in Betracht kommen. Gegenüber den Neurologen weist L. hin auf die große Schwierigkeit der Diagnose bei Grenzfällen. Ist ein Fall vollkommen und dauernd geheilt, so gehört er eben der Gruppe der Dementia praecox nicht an. L. hält die Dementia praecox für ein organisches Gehirnleiden; dafür sprechen ihm auch manche körperlichen Krankheitszeichen. (Autoreferat.)

Referate.

— The eighth Annual Report of Bangour-Village near Edinburgh for 1912 berichtet über folgende Krankenbewegung:

	M.	Fr.	zus.
Verblieben am 1. Januar 1912	388	428	816
Erstaufnahmen	86	75	161
Wiederaufnahmen	11	17	28
Zusammen aufgenommen:	97	92	189
Im ganzen wurden verpflegt:	485	520	189
Davon wurden entlassen:			
Geheilt	26	36	62
Gebessert	5	7	12
Ungebessert	7	4	11
Gestorben	54	48	102
Von den freiwillig Aufgenommenen wurden geheilt	1	—	1
Summe der Entlassenen:	93	95	188
Verblieben am 31. Dezember 1912:	388	425	813

In der landwirtschaftlich betriebenen Anstalt wird natürlich die Arbeitstherapie besonders gepflegt, die Anstalt liefert sich daher bis auf einige Artikel alles selbst. Neben der Arbeitstherapie steht natürlich die Behandlung der Kranken durch die Ärzte auf der Höhe, wie aus den beigedruckten Berichten der beiden Commissioners in Lunacy klar hervorgeht.

Aus den angeführten Prüfungsfragen für die Vor- und Endprüfungen der Wartepersonen geht hervor, daß auf eine gute praktische Ausbildung der Pflegepersonen gesehen wird.

Zahlreiche statistische Tabellen zeigen, wie gut die Beobachtung und Behandlung der Kranken und die Führung der Krankengeschichten ist.

Dr. Anton Hockauf-Gugging.

— The fifthy-first and fifthy-second Annual Report of the Matteawan State Hospital berichten über 779 Kranke d. i. 641 Männer und 138 Frauen, resp. 796 Kranke d. i. 661 Männer und 135 Frauen.

In beiden gut geführten Berichten wird der Leser über Ursache, Behandlung und Ausgang der Krankheiten der geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken, das Norestraint-System und die Arbeitstherapie genau unterrichtet, so daß er am Ende befriedigt den Bericht aus der Hand legt, weil er weiß, keine Zeit verloren zu haben. Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— The fifthy-ninth Report of the Inspectors of Lunatics of Ireland gibt folgende Übersicht:

	M.	Fr.	zus.
In den Distrikts- und Hilfsspitälern waren am 1. Januar 1910	10937	9333	20270
Im Central Asylum Dunarum	151	23	174
In privaten Asylen	387	514	901
In Arbeitshäusern	1014	1641	2655
Einzelne Kranke in nichtkonzessionierten Spitälern	73	71	144
Zusammen:	12562	11582	24144

Es waren 213 Kranke mehr interniert als im Vorjahre. Zahlreiche Tabellen belehren uns über die Aufnahmen in den verschiedenen Anstalten, die verhältnismäßige Verteilung in denselben, die Neu- und Wiederaufnahmen, die Ursachen der Geisteskrankheiten, das Verhältnis der Irren zur Gesamtbevölkerung, d. i. 552 auf 100 000, die Art der Behandlung.

Es folgen nun in sehr übersichtlicher Form die Beschreibungen der einzelnen Anstalten mit erläuternden statistischen Tabellen, welche eine genaue Einsicht in den ganzen Verwaltungsapparat gestatten. Den Schluß

bilden die Privatanstalten und die Arbeitshäuser, welche sich einer ebenso genauen Aufsicht erfreuen wie die erstgenannten Anstalten. Dr. Anton Hockauf-Gugging.

Personalnachrichten.

— **Prov.-Heilanstalt bei Schleswig.** Dr. Andrée ist am 1. Sept. bei der hies. Anstalt als Assistenzarzt eingetreten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 25/26. 26. September **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Weniger Fleisch in der Anstaltskost!

Von Medizinalrat Dr. **Meltzer,** dirig. Arzt der Kgl. Landesanstalt Großhennersdorf i. Sa.

Als ich vor etwa drei Jahren die Leitung der Landesanstalt für unterrichtsunfähige schwachsinnige Kinder zu Großhennersdorf [1]) übernahm, setzte ich mir zum Ziel, die idiotischen Kinder so einfach und billig wie nur möglich zu verköstigen. Kein Krankenmaterial konnte für solche Versuche günstiger sein als das in Großhennersdorf untergebrachte. Denn es handelte sich durchgehends um wachsende Individuen, die auf eine ungenügende Ernährung mit Gewichtsstillstand oder -abnahme reagieren mußten. Wenn sie also an Gewicht zunahmen und wuchsen trotz der bestehenden geringen vitalen Energie, die fast allen Fällen von Idiotie eigen ist, dann war der Schluß gerechtfertigt, daß diese Verköstigung ausreichend sein mußte.

In der früheren Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben zu Großhennersdorf waren pro Kopf und Woche mindestens 750 g Fleisch ohne Knochen bezw. Fleischware inkl. Abendkost konsumiert worden. Als damaligem Anstaltsarzte erschienen mir diese Quantitäten Fleisch viel zu hoch bemessen, besonders am Sonntag, an dem durchschnittlich 200 g, also beinahe ½ Pfund, Braten auf den Kopf kamen. Ich wagte aber damals diese subjektive Meinung nicht nach außen zu vertreten, weil man noch allgemein im Bann der Voitschen Zahlen stand, die bekanntlich 118 g Eiweiß, 56 g Fett und 500 g Kohlehydrate für einen erwachsenen, mittelkräftigen, 70 kg schweren Arbeiter als täglichen Nahrungsbedarf, und zwar ein Drittel des Eiweißbedarfes in Form von Fleisch forderten. Wenn nun auch bei nicht schwer arbeitenden Individuen diese Norm ohne Bedenken unterschritten werden könnte, so glaubte man doch ziemlich allgemein sich eines Vergehens an der Menschheit, besonders an der leidenden, schuldig zu machen, wenn man den Verbrauch des tierischen Eiweißes zu sehr unter jene Norm herabsetzte.

Ich beschränkte mich also in der ehemaligen Anstalt darauf, das Fleisch für die Epileptiker ganz zu streichen, weil ich unter dem Eindruck der damaligen Veröffentlichungen von Toulouse und Richet über die eklatante Wirkung salzloser und salzarmer Kost auf die epileptischen Anfälle sofort überzeugt war, daß Fleisch und Fleischwaren, sei es infolge ihrer Extraktivstoffe, sei es infolge der künstlich zugesetzten Salze, für jene Kranke kein geeignetes Nahrungsmittel war. Ich hatte auch zu beobachten Gelegenheit, daß diese epileptischen Zöglinge der damaligen Erziehungsanstalt nicht nur nicht abnahmen, sondern ebenso gediehen wie die anderen fleischessenden Zöglinge, und daß sie überdies seltener an ihren Krämpfen litten. Schwierig nur war es, sie mit der fleischlosen Kost zu befreunden, weil sie bei den gemeinsamen Mahlzeiten die anderen Zöglinge fast täglich Fleisch essen sahen und glaubten, es würde ihnen ein besonderer Genuß vorenthalten.

Bestärkt wurde ich in meiner Ansicht, daß der Fleischgenuß ganz wesentlich und allgemein eingeschränkt werden könnte dadurch, daß ich als Arzt in vielfache Berührung mit der rein landwirtschaftlichen Bevölkerung kam und hier sah, wie sich diese bei schwerer Arbeit mit außerordentlich

[1]) Beschreibung derselben: Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 69.

wenig Fleisch begnügte und dabei gesund und leistungsfähig war. Im Höchstfall bekam dort ein erwachsener landwirtschaftlicher Arbeiter pro Woche 1 Pfund Fleisch, verteilt auf zwei Tage, oft nur ein halbes Pfund, das gewöhnlich Sonntags gereicht wurde, und hier und da einmal abends Wurst. Ja, viele Landleute in ärmlichen Verhältnissen sah ich sich nur zu Feiertagszeiten einmal den Genuß eines dürftigen Stückes Fleisch leisten und sah sie doch arbeiten, sah, daß sie gesund waren und sogar recht alt werden konnten. Ich konnte also schon damals den Bestrebungen der Vegetarier nicht so ablehnend gegenüberstehen, wie es seitens der Mediziner im allgemeinen früher geschah. Ein ganz wesentlicher Fortschritt war es, als der Reichstagsabgeordnete Prof. Dr. Faßbender am 28. März 1908 in einer Rede über die Aufgaben des Reichsgesundheitsamtes zum ersten Male öffentlich auf diese wichtige Ernährungsweise hinwies, wobei er sich bereits auf anerkannte Autoritäten stützen konnte. Eine dieser Autoritäten ist der lange Jahre in Tokio als Professor der Medizin tätig gewesene deutsche Professor Bälz, der schon 1878 auf Grund langjähriger Beobachtungen an dem japanischen Volk zu dem Schlusse gelangt war, daß die Voitsche Forderung um 20 bis 30% zu hoch sei, und daß die ganz überwiegend vegetarische Nahrung der japanischen niederen Klassen und Arbeiter auf die Dauer auch bei schwerer Arbeit ausreichend sei. Seine in einem Vortrage vor der Berliner medizinischen Gesellschaft geäußerte Ansicht wurde trotz aller Belege, die er dafür erbrachte, noch 1901 für eine Ketzerei gehalten.

Inzwischen haben sich aber Tatsachen gehäuft, die die Richtigkeit der Bälzschen Ansicht erweisen. Bei Sportleistungen sind Vegetarier auffallend oft Sieger gewesen. Die Japaner haben im russischen Krieg trotz ihrer anspruchslosen, meist aus Reis bestehenden Kost Taten geleistet, die die Welt in Staunen setzten. Die Athletengruppe Chittendens, die zuerst große Mengen Fleisches mit einem Eiweißgehalt von 150 g verzehrt hatte in der falschen Annahme, daß dies ihre Muskelkraft erhöhe, kamen merkwürdigerweise mit 66 g Tagesmenge Eiweiß gut aus und leisteten mehr als vorher. Vor allem aber sprechen für die Richtigkeit der Bälzschen Ansicht die Ausführungen des amerikanischen Physiologen Chittenden, über die man sich in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1906 Nr. 19 oder auch in der Broschüre „Ökonomie der Ernährung" von Russel H. Chittenden (Verlag Gmelin, München), und vor allem in Chittendens großem Werke „Physiological Economy in Nutrition" orientieren kann. Er setzte nicht nur bei sich selbst die Menge der früher genossenen stickstoffhaltigen Speisen auf die Hälfte der Voitschen Normalmenge herab, sondern ließ dies auch von einer großen Zahl anderer Personen tun, unter denen sich sechs Professoren und Dozenten der Yale-Universität, sowie dreizehn Soldaten und acht Studenten befanden. Durchgehends zeigte sich, daß man mit einer Menge von etwa 50 bis 70 g Proteinsubstanz nicht nur im Gleichgewicht blieb, sondern sogar leistungsfähiger wurde, was sich u. a. am Dynamometer durch Zunahme der Körperkraft objektiv nachweisen ließ. Eine seiner Versuchspersonen, ein Geistesarbeiter bedurfte nur 39 g pro die. Dabei stellte sich das Gewicht rasch auf die Norm ein. Wohlbefinden, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit ließen nichts zu wünschen übrig. Selbstverständlich erstreckten sich diese Versuche nicht auf kurze Zeit, sondern über Monate und Jahre.

Von den deutschen Physiologen war zuerst v. Bunge, und zwar schon in seinem 1901 erschienenen Lehrbuch der Physiologie dafür eingetreten, daß ein täglicher Verbrauch von 100 g Eiweiß nicht notwendig wäre, da ja gar keine Körperfunktion bekannt wäre, zu deren Verrichtung die chemischen Spannkräfte des zerfallenden Eiweißes notwendig wären.

Es ist sehr richtig, was Stille[2]) in seiner kleinen Broschüre „Zur Ernährungslehre" sagt, daß es eine verkehrte Vorstellung sei, wenn man meine, daß man dem Körper möglichst viel Energie zuführen müsse; man könne den Körper überladen, wie man einen Ofen mit Brennmaterial zu voll stopfen könne. Dann setze sich Ruß an, der den Abzug des Rauches hindere, ebenso wie sich im menschlichen Körper bei zu reichlicher Einfuhr überflüssiges Fett ansetze, das viele Körperfunktionen erschwere. Es sei darum falsch, nur nach der Energie zu rechnen, die man dem Körper in Form von Brennmaterial zuführe, wie man es bisher getan; es müsse auch der zweite Hauptsatz der mechanischen Wärmelehre, der Satz von der Entropie, der aussagt, wieviel von der zugeführten Wärme höchstens in Arbeit umgewandelt werden könne, berücksichtigt werden. Nach dem Energieprinzip würde ja überhaupt eigentlich kein Eiweiß notwendig sein. Denn Eiweiß liefert nicht mehr Verbrennungswärme als Kohlehydrate, jedenfalls nur $^1/_2$ mal soviel wie Fett. Die Ernährung mittels Eiweiß wäre also von diesem energetischen Standpunkt sehr unvorteilhaft. Ist doch auch durch Rubner längst bewiesen, daß der Muskel nicht, wie

[2]) Zitiert nach: Stille, „Zur Ernährungslehre", München 1908.



man früher annahm, durch Tätigkeit seine eigene Substanz verbraucht, sondern daß er imstande ist, die für seine Arbeitsleistung notwendige Spannkraft aus Fett und Kohlehydraten zu entnehmen. Allerdings sind es gerade Rubner, sowie eine ganze Reihe anderer bedeutender Hygieniker, die für die Voitsche Lehre eintreten und diese obenerwähnten Zahlen für ein gutes Mittelmaß ansehen, das man nicht wesentlich unterschreiten soll. Diese Lehrmeinung hat sich überall so festgesetzt, daß man es für seine Pflicht hielt, in öffentlichen Anstalten auszurechnen, ob man denn auch genug Eiweiß, und zwar in Form des Fleisches gab. So hatte ich als einjähriger Arzt in Straßburg und dann wieder als Unterarzt in Dresden ebenso wie viele meiner Vorgänger und Nachfolger die Aufgabe, jeden Speisezettel daraufhin auszurechnen, daß auch die Voitschen Zahlen erreicht wurden.

Kritischer war man in Krankenhäusern, wo man bei vielen Patienten bemerkte, daß trotz schwerer Leiden ein Stickstoffgleichgewicht bei ganz bedeutend reduzierter Stickstoffzufuhr hergestellt werden konnte. Noch kritischer in Armen-, Arbeitsanstalten und Gefängnissen, wo es vor allem der Geldbeutel war, der verbot, den Mittelzahlen von Voit sich allzusehr zu nähern. Und doch ging es hier auch, ohne daß die Leute durchgehends an Gewicht abnahmen. Daß dies bei einem Teil geschah, beruhte, wie ich mich in einer mehr als zweijährigen Amtstätigkeit in der Strafanstalt Waldheim überzeugen konnte, wesentlich auf psychischen und äußeren, mit der Detention zusammenhängenden Gründen. Denn die Kost der Gefangenen war wesentlich inhaltreicher und viel besser zusammengesetzt als die der im Erzgebirge wohnenden armen Leute, die sich in der Hauptsache aus Kaffee, Brot, Milchprodukten und Kartoffeln ernährten und trotzdem sich im Gleichgewicht befinden. Ich war erst kürzlich in einem erzgebirgischen Dorf, um einen Beurlaubten hiesiger Anstalt zu besuchen, und war erstaunt, wie gut ernährt der Kranke und seine Umgebung aussahen, obgleich sie nur einmal in der Woche sich 1 Pfund Fleisch teilten und im übrigen noch die eben erwähnte Kost aßen. Jedenfalls ist diese Kost viel unschädlicher für die Gesundheit als diejenige, die jetzt von der wohlsituierten gut bezahlten Arbeiterschaft in den Industrieorten bevorzugt wird. Denkt doch dort jetzt beinahe jeder Arbeiter, daß ein Mittagessen ohne eine reichlich große Fleischportion und ein Frühstück und Abendessen ohne ein großes Stück Wurst oder Hackfleisch nicht möglich seien. Dieser ganz unnötige, mit dem wachsenden Wohlstand sich immer mehr steigernde Luxuskonsum von Fleisch ist, wie ja jetzt fast allgemein anerkannt wird, zum großen Teil schuld an der Fleischnot und an der bestehenden Fleischteuerung. Auch die Wissenschaft, die Voits Zahlen zu sehr als für die Allgemeinheit gültige Normalzahlen hingestellt hat, trägt einen Teil Schuld an der Überschätzung des Fleisches. Sie hat daher die Pflicht, die Voitschen Experimente, auf denen jene Zahlen fußen, noch einmal unter die Lupe zu nehmen und möglichst umfassende Untersuchungen an möglichst verschiedenem Material zu machen, Chittendens Versuche nachzuprüfen[3]) und dann jene Zahlen einer Korrektur zu unterwerfen. Ich bin weit entfernt davon, mich etwa zum Sprachrohr einer einseitigen vegetarischen Richtung zu machen; ich glaube auch, daß jene Richtung, die sich dem dänischen Arzt Hindhede und dem Amerikaner Horace Fletcher anschließt, sehr über das Ziel schießt. Aber viel Richtiges liegt zweifellos darin, und die Wahrheit scheint in der Mitte zu liegen.

Übrigens kann ich Rubner, den Schüler Voits, selbst als Zeuge dafür anführen, daß mit weniger Eiweiß recht gut auszukommen ist. Er sagt in seinen „Volksernährungsfragen" S. 31: „Es wird heute von niemandem geleugnet werden können, daß man auch auf diese Weise (d. h. mit sehr wenig Fleisch) wohl leben kann. Ja auch die ausschließlich vegetabilische Kost ist mit dem Wohlbefinden durchaus vereinbar."

S. 26: „Die Versuche von Neumann und Chittenden sprechen durch ihre lange Dauer und ihre Ergebnisse ohne weiteres für sich, so daß ich sie hier als einwandfrei betrachten kann."

S. 20: „Die kleinsten Eiweißgleichgewichte lassen sich mit Kartoffeln, Reis, Brot erreichen."

S. 24: „Eins steht ganz sicher, daß die für den mittleren Arbeiter erhobene Forderung von 118 g Eiweiß pro Tag sicherlich keinem Eiweißminimum im physiologischen Sinne entspricht."

S. 33: „Von diesem Gesichtspunkte, einer Absage gegen den Eiweißkultus, kann man die Experimente Neumanns und Chittendens nur besonders begrüßen."

Rubner bleibt trotzdem auf S. 38 im allgemeinen bei den von Voit aufgestellten Normen, weil man „unter keinen Umständen Minimalwerte" bei Vorschlägen zur Verköstigung von Berufsgruppen fordern dürfe. Er betrachtet das Mehr, also den Überschuß bei 118 g Eiweiß als einen Sicherheitsfaktor, ähnlich wie man eine Brücke für eine maximale Belastung stark baue. Es fragt sich für mich nur, ob nicht, wenn diese maximale Belastung

3) Das scheint mir auch nach der neuesten Veröffentlichung Rubners „Über moderne Ernährungsreformen" 1914 noch nicht genügend geschehen zu sein.



des Körperkreislaufes mit soviel Eiweiß zu oft eintritt, wie es bei der heutigen Ernährung doch allgemein der Fall ist, Schädigungen der inneren Organe, besonders der Leber und der Niere, eintreten. Für diese Ansicht spricht die Schädlichkeit der Fleischnahrung für viele Konstitutionen (Gichtiker, Skrofulöse, Nephritiker, Herzkranke, Neurastheniker, Epileptiker). Die neueren Forschungen von Abderhalden und Grafe werfen auch auf diese uns bis jetzt nicht recht verständlichen, meist rein empirisch gewonnenen Erfahrungen ein Licht. Es ist jetzt dargetan, daß der tierische Organismus den für die Lebenserhaltung notwendigen Stickstoff schon aus den einfacheren Bausteinen der Eiweißstoffe, den Aminosäuren, ja vielleicht sogar aus den Ammoniumsalzen assimilieren kann. Diese Tatsachen können erklären, warum manche Menschen mit einer Nahrung im Stickstoffgleichgewicht geblieben sind, die nach den bisherigen wissenschaftlichen, auf den Lehren Voits basierenden Anschauungen mit einem gesunden Weiterleben schlechterdings nicht vereinbar schien.

Immerhin ist es für uns wertvoll, daß Rubner die Möglichkeit (S. 42) einer anderen Regelung der Kost, wie sie Chittenden will, zugibt, wenn er auch skeptisch dazusetzt, daß sie nur allmählich zum Durchbruch kommen werde. Er selbst will wenigstens nicht einer Steigerung des Eiweißverbrauchs über die Grenze von 118 g das Wort reden. Er glaubt S. 90 auch, daß man, ohne an Eiweiß zu verarmen, mit viel kleineren Eiweißmengen leben könne, als die „Kost des mittleren Arbeiters" enthalte. S. 111, wo er davon redet, daß es in Gefängnissen und ähnlichen Orten nur an einigen Tagen des Jahres Fleisch gäbe, heißt es, daß es ein Irrtum sei, wenn man meine, daß eine derartige Armenkost immer schlecht resorbierbar wäre. S. 117: Die Erhaltung des Körpergewichts auf einem Eiweißminimum sei, solange das Gleichgewicht bestehe, ein durchaus normaler Zustand. Der Körper sei nur bei einem Eiweißminimum gefährdeter als ohne solches. Es sei daher wichtig, daß sie (die Kost) mehr als das physiologische Minimum enthalte.

S. 127: Mit der Kraftleistung an sich habe das Eiweiß im allgemeinen und der Fleischgenuß im besonderen nichts zu tun. Muskelmasse könne man gewinnen auch bei geringerer Eiweißzufuhr, bei kleinem Eiweißüberschuß und Arbeit. Auch Sport und Muskelübung wären mit eiweißärmerer Kost sehr wohl verträglich, da für die Arbeitsleistung hauptsächlich Fett und Kohlehydrate in Betracht kämen.

In Rubners Schrift „Wandlungen in der Volksernährung" wird die alte Lehre, daß Eiweiß Kraft gäbe, weiter zerstört. Es heißt da S. 32, daß Eiweißstoffe nichts mit der Arbeitsleistung zu tun hätten, sondern für diese hauptsächlich Fett und Kohlehydrate in Betracht kämen, und S. 39, daß Pflanzeneiweiß gut resorbierbar wäre, ja wohl nicht schlechter als tierisches; Hauptsache wäre nur, daß es frei und nicht in die unverdaulichen Zellulosezellen eingehüllt wäre. Dieser Punkt ist besonders hinsichtlich der Brotfrage, auf die ich später noch zurückkomme, wichtig. S. 41 heißt es: Die Ernährungsphysiologie kann nicht anerkennen, daß die Voitsche Fleischforderung ein Standardwert sei, der absolut erreicht werden müßte. (Voit forderte 230 g Fleisch für einen wohlgenährten kräftigen Mann von 70 kg bei 9 bis 10 Stunden Arbeit.) S. 40: Eine allgemein gültige Norm des Eiweißbedarfs gibt es nicht. S. 64: Es ist eine unbewiesene Behauptung, daß ohne Fleisch keine gesundheitsmäßige Ernährung durchzuführen wäre. S. 71: Das Minimum des N-Stoffs, den der Körper des Erwachsenen bedarf, liegt etwa bei 30 g, wenn die günstigsten Eiweißstoffe ausgewählt worden sind. Geht man darunter, so erfolgt ein Absterben der Zellen. Deswegen muß man mehr Eiweiß geben, als dem physiologischen Minimum entspricht (S. 39). S. 77: Es kann nichts ungünstiger für eine gute Arbeitsleistung sein als hohe Zufuhr von Eiweißstoffen. Denn Eiweißkost steigert schon in der Ruhe den Stoffwechsel stark.

S. 90: Milchhaltige oder fleischarme oder fleischlose Kost kann als zureichend und gut bezeichnet werden (bei Zugaben von ³/₄ bis 1 l Milch).

S. 95/96 weist Rubner auf den Trieb der unteren Volksschichten hin, es den oberen an Fleischverbrauch gleichzutun. Ganz evident wäre es, daß in Deutschland zurzeit überhaupt kein Fleischmangel bestehe, es werde nur (S. 117) zu viel Fleisch gefordert, wo andere Ernährungsweisen genau das gleiche erzielten.

Endlich setzt Rubner S. 132 fest, daß für Kinder von 6 bis 11 Jahren mit einem Durchschnittsgewicht von 24 kg ausreichend wären 64 g Eiweiß, 50 g Fett, 187 g Kohlehydrate unter der Voraussetzung, daß vom Eiweiß ein erheblicher Teil animalisch wäre, d. h. unter besonderer Berücksichtigung der Milch bei der Ernährung.

Diese Zahlen waren nun ganz besonders für mich wichtig. Ich hatte schon seit Inbetriebsetzung der Anstalt die Fleischmengen ganz allmählich heruntergesetzt und bin jetzt bei 175 Kindern, die die allgemeine Kost bekommen, auf etwa 5 bis 6 kg Kochfleisch (Fleisch stets ohne Knochen gerechnet), pflegten pro Fleischmahlzeit angekommen. Das



6 bis 7 kg Bratenfleisch, 4 kg Wurst und 4 kg gewiegtem Fleisch für die Gesamtmenge der Vereinzelne Kind bekommt also etwa 23 g Wurst oder gewiegtes Fleisch mittags oder abends, 30 bis 40 g Koch- oder Bratenfleisch und 100 g Fischfleisch (letzteres mit Gräten gerechnet) pro Fleischmahlzeit. Trotzdem ich nun den Pfleglingen an drei Mittagsmahlzeiten und an vier Abendmahlzeiten überhaupt kein Fleisch oder Fleischware gebe, gelangte ich bei Ausrechnung der dargereichten Kost auf Eiweiß, Fett und Kohlehydrate zu Zahlen, die zum Teil noch über die obenerwähnten Mittelzahlen Rubners für die Ernährung 6- bis 11 jähriger Kinder hinausgingen.

So konnte ich also völlig darüber beruhigt sein, daß die fleischarme Kost, die ich den in Großhennersdorf untergebrachten Kindern verabreichte, nach ihrem Nährgehalt völlig, ja mehr als genügend war, und daß vereinzelt vorkommende Gewichtsabnahmen nicht der Kost zur Last zu legen waren. Hinzusetzen muß ich, daß die einzelnen Nahrungsmengen sich durchaus in den Grenzen hielten, die normalen Kindern verabreicht werden. Der Eßgier der Idioten, die nur schlimmer wird, wenn man allzusehr nachgibt, wurde in keiner Weise Vorschub geleistet. Ich habe nun bei dieser Kost, die an Fleischeiweiß außerordentlich arm ist, einen ganz merklichen Rückgang der epileptischen Anfälle beobachtet. Epileptische Anfälle sind an sich in einer Idiotenanstalt etwas sehr häufiges, weil Idiotie in etwa 50% der Fälle mit schweren organischen Gehirnfehlern verbunden ist, die wiederum häufig epileptische Erscheinungen zeitigen. Bei annähernd 180 bildungs- und unterrichtsunfähigen, vorwiegend schweren Fällen von Idiotie habe ich jetzt nur pro Tag durchschnittlich 6 Anfälle beobachtet, jedenfalls bedeutend weniger als im Anfang des Betriebes, obgleich sich die Zahl der Kinder verdoppelt und die Qualität des Krankenmaterials sehr verschlechtert hat. Ein Status epilepticus kommt kaum mehr vor. Da ich nun zur Bekämpfung der Epilepsie Medikamente nur zeitweise und an einzelne zu Versuchszwecken verabreiche, so stehe ich nicht an, diesen Rückgang der Zahl der Anfälle, der oft ganz frappant für die Eltern ist, die ihr Kind draußen an häufigen Anfällen leiden sahen, auf die fleischarme Kost zu beziehen, denn diese ist eben wegen der geringen Quantität an Fleischeiweiß auch arm an den Extraktivstoffen des Fleisches und seinen Zersetzungsstoffen. Wohl nicht mit Unrecht hat man die im menschlichen Körper gebildete Harnsäure zur Epilepsie, die Oxalsäure zu neurasthenischen und depressiven Zuständen in Beziehung gesetzt. Die nuklein- und purinhaltige Fleischkost ist es aber vor allem, aus denen diese schädlichen Zersetzungsprodukte in das Blut übergehen. Hervorragende Kliniker treten daher jetzt auch ganz energisch gegen die bisher übliche Fleischmast der Tuberkulösen und der Diabetiker auf, weil dieselbe nicht nur ein überflüssiger Luxus, sondern sogar schädlich ist (v. Noordens Haferkur bei Diabetikern!).

Ich glaube also, die Heil- und Pflegeanstalten haben alle Ursache, diesen Gesichtspunkten ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Denn zweifellos befinden sich unter den uns noch dunklen Formen von Geisteskrankheiten und Neurosen viele Stoffwechselstörungen, die durch eine fleischarme Kost mindestens symptomatisch günstig beeinflußt werden können. Die neuesten Untersuchungen von Abderhalden legen diese Vermutung besonders nahe, ebenso die günstigen Erfolge gewisser diätetischer Kuren. Die Theorien Lahmanns in seiner Lehre von der diätetischen Blutentmischung sind nicht so kurzer Hand abzutun, wie das vielfach von Ärzten geschehen ist. Und deswegen möchte ich auch nachdrücklich auf jenes obenerwähnte Buch von Hindhede: „Eine Reform unserer Ernährung", deutsch im Verlag von Köhler, Leipzig, und auf sein Kochbuch: „Mein Ernährungssystem" (Eine Umwälzung und Verbilligung unserer Ernährung mit einem Musterkochbuch) im Verlag von Vobach, Leipzig, hinweisen. Dies Buch scheint berufen zu sein, weitere Kreise ökonomisch kochen zu lehren und damit gleichzeitig die Gesundheit zu fördern. Einige Übertreibungen Hindhedes werden sich ganz von selbst richten. Ich will nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß das Vorwort zum Hindhedeschen Kochbuch der Königsberger Professor Kafemann geschrieben hat.

Dagegen bin ich nun ebenfalls weit entfernt davon, hier anregen zu wollen, daß die Irrenanstalten ebensowenig Fleisch und Fleischware geben sollen, wie ich es in der von mir geleiteten Anstalt tue. Denn es ist ein gewaltiger Unterschied, ob in einer Anstalt bildungsunfähige kindliche Idioten oder erwachsene Geisteskranke oder Epileptiker verpflegt werden. Die Anregung glaube ich aber geben zu können, daß in jeder Anstalt einmal untersucht wird, wieviel Nährstoffe in der Tagesmahlzeit des einzelnen Kranken enthalten sind. Das läßt sich unschwer erreichen, indem man die Gewichte der gesamten an einem Tage zur Ausspeisung gelangenden Nahrungsmittel in den einzelnen Kostklassen abzüglich der Kranken-, Fieber und Extra-Kosten feststellt und an der Hand der Tabellen von König: „Die menschlichen Nahrungs- und Ge-



nußmittel" (Verlag Springer, Berlin) auf ihren Gehalt an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten ausrechnet. Bei Teilung dieser Summen mit der Zahl der normal verköstigten Verpflegten erhält man dann die auf den einzelnen Kopf entfallenden Zahlen. Man wird dann wahrscheinlich bemerken, daß die Voitschen Zahlen ganz erheblich überschritten werden, daß also ohne Bedenken, ja zugunsten der Gesundheit gespart werden kann, wenn man sich der obenerwähnten Feststellungen Rubners und Chittendens über die untere Eiweißgrenze entsinnt und aller der Daten, die ich aus diesem Grunde erwähnt habe. — Nun würde es aber wahrscheinlich einen Sturm bei den jetzt durch Fleisch recht verwöhnten Kranken hervorrufen, wollte man die Fleischportionen, die doch wohl überall gegen früher schon wesentlich gekürzt worden sind, noch weiter bei der einzelnen Mahlzeit herabsetzen. Das eine aber ist leicht möglich und zwar bei allen Kostklassen, zwei fleischlose Mittagsmahlzeiten einzuführen. In verschiedenen Anstalten werden bereits abends dreimal fleischlose Mahlzeiten verabreicht, in der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf, wo ich früher als erster Arzt schon sehr auf Darreichung reizloser Nahrung gehalten habe, sogar 17 mal in einem der letzten Monate. Von einigen Nordseesanatorien weiß ich, daß man dort abends den Kindern überhaupt kein Fleisch gibt. Da Fleisch und Wurstwaren die teuersten Nahrungsmittel sind, so hat diese Verkürzung natürlich auch einen ganz erheblichen Einfluß auf den Verköstigungsetat. Nur so erkläre ich mir, daß z. B. Chemnitz, obgleich es in den dortigen schwachsinnigen Kindern und Halberwachsenen bis zu 20 Jahren und in den erwachsenen Blinden kaum geringere Esser haben dürfte als andere Anstalten, mit einem Satz von 47,8 Pf. pro Tag und Kopf auskommt, trotz der hohen Nahrungsmittelpreise in Chemnitz. In Großhennersdorf kommen wir mit 46,8 Pf. aus. Auf diese Zahl drückt aber das im Verhältnis zum kleinen Pfleglingsbestand zahlreiche (1 : 5,5) Personal, dem ich an fünf Mittags- und vier Abendmahlzeiten pro Woche doppelt so große Quantitäten von Fleisch- bezw. Fleischwaren als den Kindern gebe; sonst würde sie bedeutend niedriger sein.

Man wird mir vielleicht entgegenhalten, daß zwei fleischlose Mittagsmahlzeiten bei der unteren Verköstigungsklasse schon erheblichen Widerstand finden werden, noch vielmehr aber bei der oberen Klasse und den Pensionären, weil heutzutage eben jeder für sein gutes Geld mittags ein bis zwei Fleischgerichte und abends ein Fleischgericht beanspruchen zu müssen glaubt.

Diese Schwierigkeit zu beheben, dürfte es kein anderes Mittel geben, als oftmalige Aufklärung derjenigen Kranken, die sich etwa darüber beschweren, seitens der Anstaltsärzte. Auch bei Unterhaltungsabenden, an denen ja die verständigeren Kranken meist alle anwesend sind, läßt sich hier und da einmal ein Vortrag über „Gesunde Ernährung" oder ein ähnliches Thema halten. Ich habe immer gefunden, daß, wenn man die Leute für ihre eigne Gesundheit zu interessieren weiß, sie leicht sich zu viel schwereren Opfern entschließen, als es hier die Einschiebung eines zweiten Fasttages in der Woche ist. Es gibt viele Psychiater, die, sofern sie nicht überhaupt Abstinenzler sind, es für nützlich halten, einige Wochen lang im Jahre keine Spur von Alkohol zu sich zu nehmen. Es ist ebenso nützlich wie lehrreich, ein gleiches Experiment jährlich einmal ein paar Wochen lang mit einer fleischlosen Kost anzustellen; nützlich, weil diese Kost in der Tat das Blut von krankhaften stagnierenden Bestandteilen entmischt, lehrreich, weil es jedem die Überzeugung beibringt, daß man sich bei solcher Kost sehr wohl befinden, ja frischer und leistungsfähiger fühlen kann als nach Fleischgenuß. Denn dieser bringt vielleicht nicht nur wegen der physiologischen Zersetzungsstoffe, der Purin- und Kreatinstoffe, von denen ich oben sprach, sondern auch wegen der natürlichen Fäulnisstoffe (Ptomaine), die schon im sog. „gut abgehangenen Fleisch" sich aufspeichern, eine gewisse toxische Wirkung in Form der uns nach reichlichem Fleischgenuß überkommenden Müdigkeit hervor, die auch Rubner zugibt. Derartige Giftwirkungen müssen natürlich auf die Dauer den Körper schädigen. Die alten, zum Teil sich über Wochen erstreckenden Fastengebote haben also wie viele uralte Bräuche einen tiefbegründeten sanitären Wert, den die Kirche herauszufinden gewußt und sich und den Menschen zunutze gemacht hat.

Nicht will ich verschweigen, daß es namentlich in der ersten Zeit und im Winter für die Wirtschaftsverwaltung und für die Küche nicht so leicht ist, an Stelle eines der bekannten Fleischgerichte ein vegetarisches oder laktovegetabiles Gericht von gleichem Wert zu setzen. Aber auch da helfen die vielen vegetarischen Kochbücher raten oder schließlich einmal die Kommandierung der Küchenaufseherin in ein Hindhede-Pensionat oder in ein vegetarisches Speisehaus, die es jetzt ja in allen großen Städten gibt.

Es handelt sich in letzter Linie bei dieser ganzen Anregung aber auch noch darum, bei normalen Zeiten auszuprobieren, wieweit man den Fleischkonsum, sowie überhaupt die einzelnen Nährstoffe



beschränken kann, ohne daß dem Kranken ein Nachteil entsteht.

Ich möchte deswegen an letzter Stelle auch noch kurz desjenigen Nahrungsmittels gedenken, das in den letzten Jahrzehnten durch alle möglichen Verfeinerungen des technischen Betriebes der Müllerei eine schwere Entwertung erfahren hat und erst durch neuere Errungenschaften der Technik wieder das werden kann, was es für unsere Vorfahren war, ja mehr. Ich meine das Brot. Jetzt kann der Arbeiter das Brot nicht mehr weiß genug bekommen, weil er glaubt, daß das weiße Brot, das die Vornehmen essen, besser sein müsse, als das alte von unseren Vorfahren genossene Grau- oder Schwarzbrot. Bis in die höchstgelegenen Dörfer des Erzgebirges hinauf ißt man jetzt statt jenes fast in Vergessenheit geratenen Schwarzbrotes einen weißen Kluntsch, der immer mehr und mehr an das Semmelbrot Frankreichs erinnert. Es ist da ein erfreuliches Zeichen, daß man sich in den oberen Ständen wieder eines Besseren zu besinnen scheint, zum Teil freilich nur gedrängt durch Leiden am eignen Körper.

Der jetzige verfeinerte Müllereiprozeß hat es verschuldet, daß nicht nur das in dem Roggenkorn enthaltene Eiweiß, sondern auch die Mineralsalze größtenteils verloren gehen. Aus dem Korn wird die Kleie heutzutage so fein entfernt, daß fast nur noch die Kohlehydrate, die Stärke, übrig bleibt. Die wertvollen Bestandteile, die in der Kleie enthalten sind, werden meistens dem Vieh zum Futter vorgeworfen. Das Graham-, das Roggenschrotbrot, das Kommißbrot sind nun zwar Kleiebrote; aber entweder sind sie zu teuer oder für manche Magen zu schwer verdaulich oder nicht zu bekommen. Diese Übelstände stehen einer allgemeineren Einführung hinderlich im Wege.

Da ist es nun ein großer Fortschritt, daß es gelungen ist, jetzt ein Mehl herzustellen, das Kraft und Stoff des Roggenkorns voll in sich vereint.

Der Dresdner Chemiker Dr. Klopfer hat ein Verfahren patentiert bekommen, nach dem das reife Roggenkorn mit einer Geschwindigkeit von 100 m auf Prallflächen geworfen wird, wodurch die Zellulosehüllen der Zellen gesprengt werden. So gehen sowohl die Eiweißstoffe (der Kleber) wie die Salze in das Mehl über und können mit diesem verbacken werden. Auch die äußere Randzone ist derartig aufgeschlossen, daß die einzelnen Teile an unendlich vielen Stellen der Wirkung der Verdauungssäfte ausgesetzt sind und ihnen möglichst viele Angriffsflächen bieten. Dieses Vollkornmehl enthält gegenüber dem sehr weißen Roggenmehl 0 (s. König) ungefähr noch einmal soviel Eiweiß, dreimal soviel Fett und viermal soviel Mineralstoffe. Freilich enthält es auch fast fünfmal soviel Rohfaser. Aber diese ist nicht so grob wie bei den vorhin genannten Brotsorten und reizt infolgedessen den Darm bei weitem nicht so stark wie die üblichen Kleiebrote. Wie gut dieses Klopfersche Vollkornmehl ausgenutzt wird, geht aus den Mitteilungen des Professor Boruttau (Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie 1913) und aus einem Gutachten des Professor Lehmann, Würzburg, hervor. Wir haben also nicht nur ein ideal mineralsalzhaltiges, sondern sogar ein recht eiweißhaltiges Brot, das äußerst wohlschmeckend und dabei leicht verdaulich ist.

Bis jetzt[4]) gab es in Deutschland nur eine Stelle, von der solches Mehl bezogen werden konnte, das war der Konsumverein in Breslau. Von dorther bezieht der Brotlieferant der hiesigen Anstalt, nachdem er Mitglied des Vereins geworden ist, das Vollkornmehl. Aus 100 kg Vollkornmehl nach Klopfer lassen sich 150 bis 155 kg Brot, aus 100 kg weißem Roggenmehl dagegen nur 130 bis 135 kg Brot backen, weil bei ersterem nicht so viele wertvolle Bestandteile entfallen. Das Vollkornbrot kann also billiger sein und ist doch an nahrhaften Bestandteilen reicher. In Breslau werden jetzt 3-Pfund-Brote aus solchem Vollkornmehl mit 27 Pf. verkauft; das dürfte ein sehr niedriger Preis sein. Es wäre also eine Frage, ob nicht die Anstalten mit ihren Brotlieferanten übereinkommen könnten, daß diese solches Mehl kaufen und verbacken. Es bleibt sich für sie ja meist gleich, woher sie das Mehl beziehen. Auch könnte in Frage kommen, ob nicht in einer zentral gelegenen Anstalt einer Provinz oder eines kleineren Bundesstaates eine maschinelle Anlage zur Kornaufschließung aufgestellt werden könnte. Das darauf hergestellte Mehl könnte an sämtliche Anstalten der Provinz bezw. des Bundesstaates geliefert werden. Diese könnten dann in ihren Bäckereien ein wesentlich billigeres und doch herzhafteres und nahrhafteres Brot herstellen als jetzt aus dem ausgelaugten Feinmehl. Will man diese Selbstfabrikation des Mehles aus besonderen Gründen vermeiden, dann würde sich sicher eine Firma oder ein Unternehmer finden, der solches Vollkornmehl nach Klopferschem Verfahren herstellt, wenn die sämtlichen Bäcker der Anstalten ihr Mehl von ihm beziehen würden. Es brauchte auch zunächst nur ein Teil des Brotes in Form von Vollkornbrot geliefert zu werden, damit die Kranken erst Gelegenheit haben, es zu versuchen und

[4]) Im Mai 1914 ist eine größere Anlage in Berlin eröffnet worden, desgleichen soll demnächst eine solche in einer sächsischen Stadt aufgestellt werden.

sich allmählich daran zu gewöhnen. Ich bekomme das Brot vorläufig noch nicht billiger für die Anstalt, weil in Großhennersdorf der Brotlieferant zugleich Mehlerzeuger war, ihm also daraus ein Verlust entstand, wenn er nicht sein in der eigenen Windmühle erzeugtes Mehl verbacken konnte.

Trotzdem glaube ich noch gut zu fahren, denn diese mit dem Breslauer Mehl gebackenen Brote sind eben viel eiweiß- und mineralsalzhaltiger als jene. Ich ersetze also schon im Brot einen Teil des früher in Form von Fleisch gegebenen animalischen Eiweißes durch vegetabiles Eiweiß. Ebenso großen Wert lege ich auf die mineralischen Bestandteile, die leider in dem weißen von der Jetztzeit so bevorzugten Brote minimal vertreten sind, sehr zum Schaden unseres Knochengerüstes, der Zähne, der Herztätigkeit, des Nervensystems und anderer Organe. Das aus Klopferschem Vollkornmehl gebackene Kernmarkbrot hat den guten herzhaften Geschmack, Geruch und das Aussehen eines schwarzen — richtiger gesagt dunkelbraunen — Landbrotes. Wer es eine Zeitlang gegessen hat, wird es nicht mehr missen wollen und dann die weichpapplichen Bäckerbrote ganz verschmähen. Übrigens werde ich an anderer Stelle (Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie) ausführlicher über diese „Brotreform“ berichten und auf die neben jenem Klopferbrot hauptsächlich in Betracht kommenden Kokurrenzprodukte des Brotmarktes aufmerksam machen.

In einem der neuesten hygienischen Lehrbücher findet man noch die Bemerkung, daß mit der Nahrung soviel Salze genossen werden, daß es ihrer besonderen Zuführung nicht bedürfe. Dem wird jetzt von hervorragenden Hygienikern ganz energisch widersprochen. Vor allem stimmt diese Behauptung nur, wenn eben unsere Nahrungsmittel richtig zusammengesetzt sind. Wenn aber das Hauptnahrungsmittel, das Brot, so wenig salzhaltig ist, wie ich eben erwähnt habe, und das wenig salzhaltige Fleisch im Überfluß genossen wird, dann kommt es eben zu einem für den Körper nachteiligen Salzmangel. Der Münchener Hygieniker Emmerich und der Professor der Chemie Physiologe Loew haben durch eine Reihe von Versuchen und Arbeiten bewiesen, daß die Kalksalze sehr wesentlich zur Enzymbildung beitragen, dadurch die Verdauungsvorgänge fördern und so zu andauernder Gewichtszunahme nicht nur schwächlicher kranker Personen, sondern auch völlig gesunder Personen, was in dem Falle mehr heißen will, beitragen.

Die Kalkzufuhr erhöht auch die Resistenz gegen Infektionskrankheiten, wahrscheinlich infolge erhöhter Phagozytose und setzt die Irritabilität der Nerven und Muskeln herab, eine sehr wichtige Sache bei erregten Kranken und Epileptikern. Emmerich und Loew wollen daher dem Brot noch extra Kalk zusetzen, um die überreich vorhandene Magnesia zu paralysieren. Man bäckt jetzt Kalziumbrot und Kalziumzwieback, die bei der Ernährung der graviden Frau von größter Bedeutung für den eigenen und den fötalen Körper sind.

Auch Adolf Schmidt, Halle, macht in einem Artikel der Mediz. Rundschau vom 17. Januar 1914 darauf aufmerksam, wie wir, je mehr wir isolierte reine Nahrungsstoffe einführen, desto mehr auf die in den unveränderten Naturprodukten vorhandenen Salze, Fermente und Schutzstoffe zum Schaden für unseren Stoffwechsel verzichten.

Zuletzt möchte ich auf die Klopferschen Nudeln und Makkaroni aufmerksam machen, die, ebenso wie das Klopfersche Kernmarkbrot einen außerordentlich hohen Gehalt an vegetabilem Eiweiß haben und entsprechend zubereitet einen vollständigen Ersatz für ein Fleischgericht abgeben können, weil sie ebenso viel vegetabiles Eiweiß wie das Fleisch animalisches Eiweiß, nämlich 20%, enthalten. Dies vegetabile Eiweiß wird durch Zentrifugierung bei der Stärkefabrikation gewonnen. Darum sind diese Fabrikate trotz ihres hohen Eiweißgehaltes, der bei Nudeln und Makkaroni sonst nur durch Zufügung von Eiern erzielt werden kann, nicht teuerer wie andere und dabei doch „nahrhaft wie Fleisch“. Unter dieser Marke sind sie bereits hierzulande in weiten Kreisen bekannt.

Würden sich die Heil- und Pflegeanstalten in der gekennzeichneten Richtung betätigen, d. h. den vielfach noch recht hohen Konsum von Fleisch zugunsten vegetabilischer Nahrungsmittel weiter beschränken, so würden sie nicht nur die Tausende der bei ihnen untergebrachten Kranken zweckmäßiger ernähren; — sie würden in der Länge der Zeit auch Ersparnisse erzielen, sie würden in Teuerungszeiten gerüstet sein und, last not least, sie würden, ähnlich wie die Tuberkuloseheilstätten, in gar nicht zu verkennender Weise erzieherisch auf die Volkshygiene gewirkt haben, durch das Beispiel auf eine rationellere Volksernährung hinarbeiten und damit zur Wohlfahrt des Gemeinwesens ganz wesentlich beitragen.

Karl Heilbronner †.

Am 8. September wurde einer unserer Besten, Karl Heilbronner, Professor der psychiatrischen und Nervenkrankheiten in Utrecht, plötzlich vom Tode durch Herzlähmung ereilt.

Nicht nur die Utrechter Fakultät, sondern auch die gesamte deutsche Psychiatrie hat dadurch eine schwere Einbuße erlitten. Er war nach echt deutscher Art rastlos tätig bis zur schwersten Ermüdung. Heilbronner hat sowohl für die körperlichen Erscheinungen der Nervenkrankheiten wie für die Äußerungen der seelischen Erkrankungen als Kenner und Forscher sich ruhmreich hervorgetan. Sein Name prangte auch unter den hoffnungsvollsten, denn er war erst 44 Jahre alt und der Tod überraschte ihn mitten bei der Arbeit. Er studierte an der Münchener Universität Psychiatrie bei Prof. Grashey, war einige Zeit tätig in der Münchener Anstalt und in Frankfurt a. M. Im Jahre 1895 wurde er Assistent bei Prof. Wernicke und darf als Schüler Wernickes und Meynerts bezeichnet werden. Seine literarische Tätigkeit war sehr vielseitig in den theoretischen und praktischen Aufgaben der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten. Alles war sorgfältig und gründlich durchgearbeitet, auf jeder Arbeit wuchs ein Gedankenrasen. In letzten Zeiten hat er auch wertvolle Arbeiten gebracht über die soziale Seite unseres Faches. Seine individuelle Begabung trat am meisten hervor bei der klinischen Untersuchung und Darstellung. Mit unermüdlichem Eifer schuf er in seiner neuen Heimat in Holland ein psychiatrisches Musterinstitut, dessen Pläne er in pedantischer gewissenhafter Weise Jahre vorher immer wieder erörterte und durchdachte. Sein Stil war klar und sachlich, aber auch als Sprecher erwies er sich bei allen Versammlungen der deutschen Psychiater als eine wirkungsvolle und gedankenreiche Persönlichkeit. Die Ergebnisse seiner Arbeit werden fortleben im Besitztum der deutschen und der holländischen Wissenschaft. Bei den Freunden aber wird diese ernste, tiefangelegte, durchaus wahrhaftige Persönlichkeit zeitlebens als geistiges Besitztum lebendig fortdauern. Er lebte für die Arbeit und seine Arbeit wird weiter leben im stolzesten Gebäude, das sich der deutsche Volksgeist bisher in der Welt geschaffen hat.

Anton.

Mitteilungen.

Dank.

Nach meiner Abreise von Konradstein drängt es mich dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Konradstein, Herrn Dr. Braune, für die hochherzige Aufnahme der geflüchteten Anstalt Tapiau mit rd. 770 Kranken, 165 Beamten und Ärzten und 220 Familienangehörigen, in Sa. 1155 Personen, auch an dieser Stelle meinen tiefempfundenen und herzlichen Dank auszusprechen.

Es steht die Aufnahme dieser großen Zahl von Kranken und Beamten in einer geschlossenen Anstalt, zumal nicht einmal eine Anmeldung vorausgehen konnte, ohne Beispiel da, und verdient daher höchste Anerkennung und Dank. Sie ist ein Beweis dafür, was opferwillige Gesinnung und christliche Nächstenliebe im Notfall zu leisten vermag. Gleichzeitig sage ich auch den Herren Ärzten und allen Beamten der Anstalt, von denen es mir bei meiner plötzlichen Abberufung nicht möglich war persönlich Abschied zu nehmen, aufrichtigen Dank für ihr liebenswürdiges Entgegenkommen und für ihre freundwillige Mühewaltung für die Tapiauer Kranken.

Endlich kann ich mir die Versicherung nicht versagen, daß der Anstalt Konradstein, mit Herrn Direktor Braune an der Spitze, von der Anstalt Tapiau für alle Zeit ein dankbares Gedenken bewahrt bleiben wird.

Der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Tapiau.
Voigt.

— **Kropp.** Die Kropper Anstalten, die der Irrenpflege dienen und in Konkurs geraten waren, gelangten zur Zwangsversteigerung. Es handelt sich um große Gebäudemassen, Buchdruckereigebäude usw. mit umfangreichem Landbesitz und hohem Nutzwert. Ersteherin blieben die neugegründeten „Heil- und Pflegeanstalten m. b. H. in Kropp" für das von ihr abgegebene Meistgebot von 231 000 M, die Belastung betrug 378 500 Mark. Der Zuschlag ist sofort erteilt worden. Pastor Paulsen, der Gründer der Kropper Anstalten, an denen



schon viel Geld verloren gegangen ist, hat nun jede Verbindung mit den Anstalten und ihrer Verwaltung verloren.

— **Die neue Irrenanstalt Buch II,** welche zum 1. Oktober mit Geisteskranken belegt werden sollte, wird einstweilen als solche noch nicht eröffnet werden. Sie soll vielmehr vorläufig zu Lazarettzwecken zur Verfügung gestellt und eingerichtet werden, und zwar ev. für Infektionskrankheiten. Ursprünglich war die Anstalt Wuhlgarten hierfür in Aussicht genommen; man hat sich aber aus praktischen Gründen für Buch II entschieden.

— **Der internationale Kongreß für Neurologie und Psychiatrie,** der vom 6. bis 12. September in Bern stattfinden sollte, wird auf unbestimmte Zeit verschoben.

— **Die neuen Direktoren der Berliner städtischen Irrenanstalten.** Der Magistrat von Berlin hat in seiner letzten Sitzung Prof. Dr. Hugo Liepmann zum Direktor der Irrenanstalt Herzberge an Stelle von Geheimrat Moeli, Geh. Sanitätsrat Dr. Friedrich Kortum an Stelle von Geheimrat Sander zum Direktor der Irrenanstalten in Dalldorf und Sanitätsrat Dr. Wilhelm Falkenberg zum Direktor der Irrenanstalt Buch II gewählt.

Prof. Dr. Liepmann ist am 9. April 1863 in Berlin geboren, wo er das Friedrichs-Gymnasium besuchte. Von 1880 bis 1885 studierte Liepmann in Freiburg, Berlin und Leipzig Philosophie und Naturwissenschaften. In Leipzig erwarb er auf Grund einer Arbeit über die Mechanik der Lenkipp-Demokritischen Atome den philosophischen Doktortitel. Während der folgenden Jahre beschäftigte sich Liepmann mit philosophischen Studien, insbesondere mit Forschungen zur Lehre Kants und Schopenhauers. Die Frucht dieser Studien ist u. a. der Artikel „Schopenhauer" in der „Allgemeinen Deutschen Biographie". 1889 ging Liepmann zur Heilkunde über und studierte in Berlin Medizin, wo er 1894 die ärztliche Staatsprüfung ablegte und im nächsten Jahre mit einer Untersuchung über den Säuferwahnsinn zum Doktor der Medizin promovierte. Nach Beendigung seines Studiums wurde Liepmann Volontärassistent an der psychiatrischen Klinik der Charité unter Jolly, arbeitete am Senckenbergschen Institut in Frankfurt am Main und war 1895 bis 1899 Assistent an der psychiatrischen Klinik in Breslau unter Wernicke. Seit dem Jahre 1899 ist Liepmann an der Irrenanstalt Dalldorf erst als Assistent und seit 1906 als Oberarzt tätig. Im Jahre 1901 habilitierte er sich an der Berliner Universität als Privatdozent für Psychiatrie und wurde 1904 zum Professor ernannt.

In seiner wissenschaftlichen Richtung wurde Liepmann am stärksten durch Carl Wernicke beeinflußt. Auf seine Doktordissertation über den Säuferwahnsinn ließ er Abhandlungen über die Delirien der Alkoholisten und über künstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen, sowie Mitteilungen über Albuminurie, Albumosurie und andere Krankheitszeichen beim Säuferwahnsinn folgen. Während seiner Breslauer Zeit begann Liepmann Untersuchungen über auf Hirnveränderungen beruhende Störungen der Sprache, durch welche das Verstehen des gesprochenen und geschriebenen Wortes, und der Umsetzung des Willensgedankens in Handlungen aufgehoben wird. Es handelt sich dabei um Beobachtungen, die auch für den Philosophen und Psychologen insofern von hervorragendem Interesse sind, als sie in die Abhängigkeit der komplizierten geistigen Vorgänge von der Unversehrtheit ganz umschriebener Hirnteile einen Einblick gewähren. An erster Stelle ist hier Liepmanns Abhandlung „Ein Fall von reiner Sprachtaubheit" zu nennen. Dann kommt die Schrift „Das Krankheitsbild der Apraxie, auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie", und eine Studie über die sogenannte Echolalie, das Wiederhallreden, eine Form der Aphasie, bei der die Kranken sich zwar nicht unmittelbar sprachlich ausdrücken, aber Vorgesagtes nachsprechen können. Später hat Liepmann die Durchforschung des Hauptstückes der Ideenflucht in Angriff genommen. Er ist dabei zu einer neuen Auffassung und Erklärung dieser Krankheitserscheinung gelangt, indem es ihm gelang, eine gewisse Gesetzmäßigkeit in dem vielgestaltigen und scheinbar unentwirrbaren Getriebe der Ideenflucht aufzufinden. Die Arbeitsergebnisse hat Liepmann in dem Werke „Über Ideenflucht, Begriffsbestimmung und psychologische Analyse" niedergelegt. Von seinen sonstigen Arbeiten seien noch erwähnt in Dittrichs „Handbuch der Sachverständigentätigkeit" die Abhandlung über „Störungen des Gedächtnisses, Wahnideen". In Kurschmanns „Lehrbuch der Nervenkrankheiten" bearbeitete Liepmann die Gehirnkrankheiten. Außerdem schrieb er noch über die Linkskultur, mit der er bei Gehirnlähmungen bedeutende Erfolge in der Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaßen erreichte, und über die Beurteilung psychopathischer Konstitutionen.

Geh. Sanitätsrat Dr. Friedrich Kortum, der als Nachfolger von Geh. Medizinalrat Dr. Sander Direktor in Dalldorf wurde, entstammt einer alten Ärztefamilie. Sein Großvater und Vater waren ebenfalls Ärzte. Am 10. August 1850 zu Stolberg bei Aachen geboren, besuchte er hier das Gymnasium, um in den Jahren 1874 bis 1880 in Bonn und Berlin Medizin zu studieren. Hier wurde er 1880 approbiert, nachdem er im Jahre vorher auf Grund der Arbeit über Enterophthise promoviert hatte. Nachdem Kortum in Dalldorf 1882 bis 1883 Volontärassistent gewesen, wurde er in Friedrichsberg-Hamburg Oberarzt und im Jahre 1885 ärztlicher Leiter des Landeshospitales Merxhausen, der Pflegeanstalt für weibliche Geisteskranke des Regierungsbezirks Kassel. Im Jahre 1893 wurde Kortum Oberarzt in Herzberge und seit 1905 erster Oberarzt an der Irrenanstalt Dalldorf.

Sanitätsrat Dr. Falkenberg, der zum Direktor der zweiten Irrenanstalt in Buch gewählt wurde, die zunächst noch als Feldlazarett Verwendung findet, ist 1865 in Stralsund geboren, besuchte dort das Gymnasium und studierte von 1885 bis 1890 in Marburg, Leipzig und München. In Marburg promovierte er auf Grund der



Arbeit „Über die angebliche Bedeutung intravaskulärer Gerinnungen als Todesursache bei Vergiftungen durch Anilin, chlorsaure Salze und Sublimat" und war zwei Jahre Assistent am physiologischen Institut unter Külz. Seit 1892 ist Falkenberg an den städtischen Irrenanstalten Berlins tätig, und zwar zunächst als Assistent erst an den Anstalten Dalldorf, Herzberge und Wuhlgarten, seit 1903 als Oberarzt in Herzberge. Falkenberg gehört auch der Berliner-Brandenburger Ärztekammer an. Die Arbeiten Falkenbergs betreffen neben einigen reinwissenschaftlichen Fragen praktisch-psychiatrische über die Pflege Geisteskranker, für die er eine Anleitung zum Krankendienste für Pfleger und Pflegerinnen schrieb, die in zweiter Auflage erschienen ist. Auch die Familienpflege Geisteskranker, das Pflegschaftsverfahren im bürgerlichen Gesetzbuche mit seinen Unvollkommenheiten und andere irrenrechtliche Fragen haben Falkenberg beschäftigt.

Referate.

— Gaupp, Prof. Dr., Tübingen: Zur Psychologie des Massenmords, Hauptlehrer Wagner von Degerloch. Nebst einem Gutachten von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenberg-Straßburg (Verbrechertypen, herausgegeben von Gruhle und Wetzel, Bd. 1 Heft 3.) Berlin 1914, J. Springer.

Gaupp gibt eine eingehende Darlegung des gesamten den Massenmörder Wagner betreffenden Aktenmaterials, dessen Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig läßt, zumal eine umfangreiche Selbstbiographie des aus der Tagespresse uns ja genügend bekannten Mörders noch die Begutachtung erleichtert. Gaupp weist den ganzen Symptomenkomplex der Paranoia, die bei Wagner weit zurück beginnt und an ein sodomitisches Delikt angeschlossen hat, nach und billigt auf Grund dieser bestehenden Paranoia dem Verbrecher den Schutz des § 51 zu. Es ist ja sattsam bekannt, wie ein Teil der Presse diesen Freispruch verurteilte und es ist deshalb mit Freuden zu begrüßen, daß die fachgenössische Welt genau über den Fall orientiert wird. Wollenberg kommt in seinem an Gaupps ausführlichen Bericht angeschlossenen Bericht zu ähnlicher Schlußfolgerung: auch er spricht von Verfolgungswahn, Gemeingefährlichkeit und von Ausschluß der freien Willensbestimmung; nur hält er den Angeschuldigten noch nicht für einen Paranoiker, sondern nur erst für einen Psychopathen mit Wahnideen. Gruhle und Wetzel führen endlich im Schlußwort noch 99 einschlägige Literaturen an von Massenmördern, die seit 1800 die gerichtlich-medizinische Gelehrtenwelt beschäftigt haben. Wern. H. Becker-Herbon.

— Nahrungsmittelchemisches Taschenbuch. Kurze Anleitung zur Untersuchung und Begutachtung von Nahrungs-, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen. Von Dr. H. Serger, Staatlich approbierter Nahrungsmittel-Chemiker usw. Würzburg 1913, C. Kabitzsch.

Das vorliegende Taschenbuch ist, wie es im Vorwort heißt, für diejenigen bestimmt, welche der eigentlichen Nahrungsmittelchemie ferner stehen, zuweilen aber mit ihr in Berührung kommen, darunter sind selbstverständlich auch die Ärzte aufgeführt. Da in den Anstalten für Geisteskranke — mit verschwindenden Ausnahmen — Ärzten Kontrolle und Begutachtung der Nahrungsmittel obliegt, so ist hier ein geeigneter Ort, auf dieses sehr praktische Büchlein hinzuweisen. — Unter „Genußmitteln" finden wir auch die Gewürze, unter „Gebrauchsgegenständen" Verzinnungen, Glasuren, Gummiwaren, Pergamentpapier, Wolle, Seifen, Petroleum. Im Anhang sind einschlägige Gesetzestexte abgedruckt. B.

— Ulrich, Dr. Martha: Klinische Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel. (Samml. zwangl. Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters. Herausgegeben von Dr. E. Stier. I. Bd. Heft 4.) Jena 1913, Verlag von Gustav Fischer.

An der Hand von 26 Krankengeschichten von angeborenen und erworbenen Fällen von Kernmangel bezw. mangelhafter Entwicklung des Kerngebietes kommt Verfasserin zu dem Schluß, daß die echten Kernaplasien und -hyperplasien endogener Natur sind und ihrer Stellung nach in die Gruppe der hereditären Degenerationen (Jendrassik) gehören; als wichtiger ätiologischer Faktor figuriert hier die Lues. Da es sich dabei um einfache Entwicklungshemmungen handelt, wird natürlich die spezifische Therapie fast stets erfolglos sein.

Die erworbenen Entwicklungsstörungen der Kerngebiete, die sogen. dysplastischen Formen, beruhen auf äußeren Schädigungen, die (intrauterin, intranatal oder extrauterin) den noch unfertigen Kern treffen und in seiner Entwicklung hemmen.

Die angeborene Form ist meist von Geburt an stationär, bisweilen sogar einer gewissen Besserung fähig; bei den Dysplasien wird meist im allmählichen Anstiege eine gewisse Höhe der krankhaften Erscheinungen erreicht, auf der sie weiterhin verharren, oder es findet eine dauernde Progression in Schüben statt, die durch Stillstandszeiten oder mehr weniger ausgesprochene Besserungen getrennt sind (progressive Nuklearerkrankungen; periodische Okulomotoriuslähmungen); gelegentlich besteht äußerlich gewisse Ähnlichkeit mit der Myasthenie. Heinicke-Großschweidnitz.

— Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen. Unter Mitwirkung von Privatdozent Dr. Wilhelm Petus herausgegeben von Dr. Karl Martz, o. ö. Professor und Vorstand des psychologischen Institutes der Universität Würzburg. I. Bd. 3., 4., 5. Heft (vom 24. Januar bezw. 28 Februar). Leipzig-Berlin 1913, Verlag von B. G. Teubner.

Das 3. Heft enthält eine Arbeit von Thumb: Satzrhythmus und Satzmelodie in altgriechischer Prosa, und eine von Bauch: Psychologische Untersuchungen über Beobachtungsfehler. In dem in einem Band erschienenen 4. und 5. Heft spricht Ziehen über experimentelle Untersuchungen über die räumlichen Eigenschaften einiger Empfindungsgruppen.

Heinicke-Großschweidnitz.

— The seventh Annual Report of the Bongour Village near Edinburgh in Scotland umfaßt den Bericht des Superintendenten, welcher die Statistik, die Krankenbewegung, den Gesundheitszustand, die Administration und sehr ausführlich die Baulichkeiten bespricht.

Eine anschließende Resolution und ein Memorandum der schottischen Abteilung der Mediko-Psychological Association, gefaßt auf dem Meeting am 7. Oktober 1911, bringt die Wünsche und Beschwerden der Superintendenten sämtlicher Anstalten, die Wartpersonen betreffend, zum Ausdruck und lautet:

1. Die Mitglieder der schottischen Gruppe der medizinisch-psychologischen Gesellschaft bringen ihre schärfste Mißbilligung hinsichtlich der geplanten statutenmäßigen Restringierung der Zahl der Dienststunden der Pfleger und Pflegerinnen in den Irrenanstalten zum Ausdruck, und zwar ist dieselbe

a) unerwünscht,
b) unnötig,
c) eine Schädigung der Interessen der Kranken, dem richtigen Pflegegeiste widerstrebend, und
d) wird die Verantwortlichkeit und Fürsorge der Irrenanstaltsleitung durch dieselbe bedeutend verschärft.

2. Wird seitens obiger Mitglieder in Vorschlag gebracht, daß seitens der einzelnen Irrenanstaltsbehörden Zeittabellen aufzustellen sind, welche, den lokalen Verhältnissen Rechnung tragend, einen Arbeitsstundenplan enthalten, der der Genehmigung der Generalirrenbehörde (General Board of Lunacy) unterstünde. Aus den Berichten der Commissioners in Lunacy erhält der Leser über alles Wissenswerte genauen Aufschluß, so daß er das Gefühl hat, eine nützliche Lektüre vollendet zu haben. Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— Der zweibändige 65. Bericht der Commissioners in Lunacy of the Lord Chancellor in England enthält in ausführlicher Darstellung die Statistik, Verteilung und Einteilung der Irren, ihre Aufnahmen, Behandlungsdauer, Entlassungsarten aus den Anstalten und die Todesarten der Geisteskrankheiten; es schließt sich an der Bericht über den Wechsel der Direktoren und Ärzte in den einzelnen Anstalten, über das Wartepersonal: „Attendonts and nurses", über die baulichen Zustände der einzelnen Anstalten, über die Zufälle, Unglücksfälle und Infektionskrankheiten in denselben. Zahlreiche statistische Tabellen ergänzen und erläutern das geschriebene Wort wohltuend, so daß der Leser nicht ohne Nutzen das Werk gelesen hat.

Dr. Anton Hockauf-Gugging.

Therapeutisches.

— **Über die Bedeutung und den Wert des Pellidols in der Augenheilkunde.** Von Dr. A. Dutoit, Augenarzt in Montreux (Schweiz). v. Graefes Arch. für Ophth. Bd. LXXXVIII 1914 Heft 1.

Bei den verschiedenen Formen der ekzematösen Binde- und Hornhauterkrankung, ebenso in Fällen von chronisch rezidivierender Keratitis (Narbenzerfall) hat Verf. ausgiebigen Gebrauch von der Pellidolsalbe gemacht und dabei nur günstige, zum Teil sogar überraschend gute Ergebnisse gesehen.

Ermutigt durch diese Erfolge, hat er die Pellidolsalbe aber gerade auch zur Behandlung traumatischer und infizierter Substanzverluste der Hornhaut herangezogen, nachdem vorerst sorgfältige Desinfektion stattgefunden hatte und mit energischen Maßnahmen die nekrotischen Gewebsteile fortgeschafft waren.

Die Pellidolsalbe färbt — im Gegensatz zu Scharlachrot — niemals und wird vom Auge, auch im Zustande der akuten Entzündung, reizlos vertragen. Heilungsdauer in den meisten Fällen abgekürzt. Die zurückbleibenden Narben zeigen häufig eine unerwartete Durchsichtigkeit.

— **Über perkutane Jodresorption.** Von Prof. H. Boruttau in Berlin. Klinisch-Therapeutische Wochenschrift 21. Jahrg. Nr. 24.

„Jodex", Jodsalbe mit Mineralfett als Grundlage (Firma Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz), enthält 5% Jod, teils frei, teils ohne Vermittlung von Alkalien locker an einen organischen Zusatz zur Salbengrundlage gebunden, macht keine Hautreizung und hinterläßt gut eingerieben keine Hautfärbung.

Es ist bezüglich Resorption ein Unterschied zugunsten der Jodsalbe gegenüber der Tinktur zu erkennen. Die Prozentsätze der resorbierten Mengen berechnet auf die eingeriebenen betrugen: im ersten Falle 6,25 resp. 10,25; im zweiten Falle 7,62 resp. 11,44; im dritten mit besonders undurchlässiger Haut 0,0 resp. 0,1.

— **Über Phenoval, ein neues Sedativum und Hypnotikum.** Von Salomon. Berliner klinische Wochenschrift 1914 Nr. 20.

Am Tage vor der Operation aufgeregter Patienten 3 mal eine Tablette Phenoval bewirkte, daß am nächsten Morgen bei der Narkose entweder gar kein oder ein sehr geringes Exzitationsstadium eintrat. Guter Erfolg bei Zahnschmerzen und als Hypnotikum bei Schlaflosigkeit infolge körperlicher Schmerzen.

— **Erfahrungen über die Anwendung von Tuberkulin Rosenbach bei Lungentuberkulose.** Beitrag von Dr. med. J. Bergmann, Neßlau (St. Gallen). Korr.-Blatt für Schweizer Ärzte 1914 Nr. 23.

„Zusammenfassend ergibt sich, daß wir in Tuberkulin Rosenbach zweifelsohne ein spezifisches Heilmittel gegen Tuberkulose besitzen, doch empfiehlt es sich, dasselbe mit der Liegekur und den übrigen hygienisch-diätetischen Verfahren zu kombinieren, da dadurch die Heilungstendenz entschieden günstiger beeinflußt wird, als durch bloße ambulatorische Behandlung, wobei die Patienten den Schädlichkeiten ihres Berufes ausgesetzt bleiben."

— **Über ein neues Schlafmittel „Gelonida somnifera".** Von Dr. Kaiser, Berlin. Medizinische Klinik 1914 Nr. 24.

Es handelt sich um die potenzierte narkotische Wirkung einer zweckentsprechenden Kombination aus Cod. phosph. (0,01) Natr. diaethylbarbituricum (0,25) und Ervasincalcium (0,25) in Form der Gelonida somnifera (Goedecke & Co., Berlin). Die einzelnen Kompo-



nenten gehören verschiedenen chemischen Gruppen an; jede für sich wirkt schlafbringend, kombiniert müssen also nach dem Bürgischen Gesetz verhältnismäßig kleine Dosen bereits erfolgreich sein. Bei den meisten Patienten genügt ein solches Gelonid zur Herbeiführung eines natürlichen, langdauernden und erquickenden Schlafes. Die Wirkung trat oft schon innerhalb der kurzen Zeit von durchschnittlich einer Viertelstunde ein, der Schlaf hielt trotzdem zirka 5 bis 7 Stunden an, die Patienten verspürten vor allen Dingen am nächsten Tage weder Schwere, noch Benommenheit im Kopfe.

Dem Calciumgehalt des Präparates kommt eine tonisierende Wirkung auf das Herz zu, was bei einem zu ev. länger fortgesetztem Gebrauch bestimmten Hypnoticum besonders wichtig ist. Die Kombination hat sich im übrigen nicht nur bei chronischer nervöser Schlaflosigkeit gut bewährt, sondern auch bei Erkältungszuständen der oberen Luftwege (hustenreizstillende Wirkung des Kodeins und desinfizierende Wirkung des Ervasincalciums).

Ferner wurde bei an Pertussis erkrankten Kindern im Laufe der Tage bereits durch Bruchteile eines Gelonids die Heftigkeit der Anfälle bedeutend gemildert. Die Gelonidatabletten bewirken einen besonders schnellen Zerfall und feine Suspension des Arzneimittels im Magen, daher eine leichte und schnelle Resorption des Mittels.

— **Fibrolysin als Unterstützungsmittel spezifischer Kuren bei Lues.** Von D. Berlin. (Aus der Hautabteilung, Jena; Prof. Spiethoff.) Medizinische Klinik Jahrg. 1913 Nr. 27.

Zusammenfassung: „In serologisch sehr hartnäckigen Fällen von Lues erweist sich das Fibrolysin in einem Teil der Fälle (28,5%) als nützlich, wenn das Mittel nach voraufgegangener energischer, spezifischer Behandlung zur Anwendung kommt und eine weitere energische spezifische Kur sich anschließt. Bei vornherein gleichzeitigem Gebrauche des Fibrolysins mit spezifischen Mitteln sind hier keine Vorteile beobachtet.“ Touton legt das Hauptgewicht auf den „lymphagogen Reiz“ und die Auf-

quellung des Bindegewebes“ und denkt, daß durch diese kräftige Durchspülung die verankerten, das heißt hier zunächst, die in den engen Bindegewebsspalten feststeckenden Parasiten losgeschwemmt werden. (Vielleicht auch „chemische Loslösung“). Duhot erklärt die Wirkung des Fibrolysins auf syphilitische Herde mit Ausübung eines chemischen Reizes auf das ganze sklerotische und syphilitische Gewebe; die dadurch entstandene Hyperämie beschleunige und erleichtere die Resorption des Infiltrats.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Inseratenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 27/28. 10. Oktober **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhaus in Lippe.

Zur spezifischen Behandlung der Paralyse.

Von Medizinalrat Dr. **Alter.**

Eine spezifische Behandlung der Paralyse ist eine notwendige Forderung aus der spezifischen Natur des Leidens. Es ist zum mindesten sehr wahrscheinlich, daß der Nachweis von Syphiliserregern die Pathogenese der paralytischen Gehirnerkrankung nicht erschöpft: aber es ist gewiß, daß dieser Befund die fortwirkende Ursache des Leidens aufgedeckt hat und daß eine nachhaltige Besserung der Krankheit erst erwartet werden darf, wenn die prima causa nocens endgültig beseitigt ist. Aus dieser Sachlage ist jeder Versuch zu einer wirksamen spezifischen Behandlung der Paralyse gerechtfertigt — wenn auch die Erfolge, die einer solchen Therapie erreichbar sind, aus der Art des Leidens eng umschrieben sind und beschränkt bleiben müssen. Denn es ist nicht denkbar, daß aus der unmittelbaren Einwirkung von spirilloziden Mitteln bei einem so exquisit parenchymatösen Prozeß, wie ihn die Paralyse darstellt, jene frappante Wiederherstellung gestörter oder aufgehobener Funktionen erfolgen kann, die man vielfach als Gradmesser der Wirkung erwartet und bewertet.

Die Paralyse bedingt von vornherein schwere und unersetzliche Verluste an nervösem Gewebe. Ihre spezifische Behandlung kann diese Verluste nicht ausgleichen: sie kann aus sich selbst heraus weder eine Besserung des Geisteszustandes noch ein Zurücktreten von Lähmungserscheinungen bewirken, sondern nur eine Inaktivierung oder — im günstigsten und heute noch ganz problematischen Fall — eine Vernichtung der Spirochäten. Selbst in diesem günstigsten Fall bleibt das paralytische Gehirn zunächst in dem Grade krankhafter Veränderung, der die wahrnehmbaren Äußerungen des Leidens bedingt; auch nach einer restlosen Abtötung aller eingelagerten Spirochäten kann die paralytische Veränderung des Gehirns noch so erheblich bleiben, daß seine Leistungsfähigkeit nicht einmal zu einer längeren Fortsetzung des Lebens ausreicht: ein Paralytiker muß unter Umständen auch nach einer vollständigen Sterilisierung seines Gehirns — wenn sie möglich ist! — noch an den Folgen seiner Paralyse zugrunde gehen können. Er kann auch dauernd geisteskrank, epileptisch oder hoffnungslos blödsinnig bleiben: eine diffuse parenchymatöse Enzephalitis wird selbst beim vollständigsten Ausheilen schlimmere und für die Funktion störendere Narben hinterlassen, als eine umschriebene interstitielle Gehirnentzündung.

Man wird deshalb an eine antiluetische Behandlung der Paralyse nicht mit überspannten Erwartungen herangehen dürfen: sie kann als eigene Wirkung in keinem Fall mehr leisten als eine Stationierung des Krankheitsvorganges.

Aber es ist keine Frage, daß ein solcher Erfolg gegenüber unserer heutigen Machtlosigkeit schon einen großen Fortschritt bedeuten würde: er würde nicht nur die oft sehr wichtige Verlängerung des Lebens bewirken, sondern er müßte bei der großen Befähigung zum Ersatz, die dem Gehirn gegeben ist, auch die besten Bedingungen zu mehr oder



weniger nachhaltigen Besserungen zur Folge haben. Es ist sehr wohl denkbar, daß für die bisher vermißte nachhaltige Wirkung jener Maßnahmen zur Hyperleukozythose, die in der Behandlung der Paralyse so große Bedeutung erlangt haben, die Beseitigung der prima causa nocens eine wesentliche Voraussetzung bedeutet. Und es ist bestimmt anzunehmen, daß sich die günstigen Möglichkeiten zur Bekämpfung der paralytischen Hirnveränderung, die in diesen Maßnahmen zweifellos gegeben sind, sehr viel vorteilhafter geltend machen werden, wenn es gelingt, durch eine wirksame spezifische Behandlung frühzeitig den syphilitischen Anteil des Leidens auszuschalten. Die für die Prognose der Krankheit aus einer antiluetischen Behandlung möglichen Vorteile erscheinen groß genug, um deren Risiko zu rechtfertigen.

Denn daß diese Behandlung der Paralyse ein Risiko bedeutet, daß sie nicht ungefährlich sein kann, liegt in der Natur der Dinge.

Unsere drei zurzeit wirksamsten Antiluetika, das Quecksilber, das Jod und das Salvarsan, begegnen schon bei ganz gesunden Menschen sehr oft unüberwindlichen Idiosynkrasien; sie stellen zweifellos an die entgiftenden Fähigkeiten des Organismus ganz außerordentlich hohe Ansprüche. Wir wissen, wie deletär das Jod bei Schilddrüsenkranken wirken kann, wie schwere Intoxikationen das Hg oft schon aus kleinsten Mengen bewirkt und wie schlecht das Arsen von vielen Menschen in jeder Form vertragen wird. Wir wissen aber auch durch die Ermittlungen von Alzheimer und Pilcz, die durch die Ergebnisse der Abderhalden-Forschungen in weitem Umfang bestätigt werden, daß bei der Paralyse in allen möglichen Organen schwere Mängel bestehen können: es ist kein Wunder, wenn sich diese ungünstige Situation, die eine konstitutionelle und organeigentümliche Minderung bedingen muß, gegenüber jedem Anspruch auf Entgiftung mit besonderer Empfindlichkeit geltend macht. Es erscheint jedenfalls richtiger, bei Schädigungen aus einer spezifischen Behandlung eine solche individuelle Intoleranz anzunehmen, als den Mitteln besondere neurotoxische Tendenzen zu unterlegen — wie man sie besonders für das Salvarsan zu dem schlimmsten circulus vitiosus gefolgert hat.

Gerade für das Salvarsan darf nach zahlreichen Veröffentlichungen — ich nenne nur die Mitteilungen von Raecke, Dreyfuß, Friedländer, Donath und vor allem Gennerichs ausgezeichnete Arbeiten — als erwiesen gelten, daß seine Anwendung bei Paralytikern ohne grundsätzliche Bedenken erfolgen darf, wenn sie durch vorsichtige und einschleichende Dosierung der Möglichkeit einer individuellen Intoleranz Rechnung trägt. Ich glaube, daß diese Sachlage auch für die anderen Antiluetika gegeben ist — und ich halte das für wichtig, weil ich von dem Salvarsan allein keine zureichenden Wirkungen erwarte.

Ich habe in der mir möglichen Erfahrung nicht den Eindruck gewinnen können, daß das Salvarsan das Antisyphilitikum der Paralyse ist und ich halte das auch nach seiner Wirkungsweise und aus nosologischen Gründen nicht für wahrscheinlich. Am wenigsten in einer Beschränkung auf eine endolumbale Behandlung.

Bei der besonderen Art meningozerebraler Lues, die die Paralyse darstellt, entstehen die wesentlichen Krankheitserscheinungen nicht aus der meningealen, sondern aus der zerebralen Komponente des Prozesses; die Liquorinfektion und die Ansiedlung der Spirochäten in den Meningen bilden zwar Vermittler und Ausgangspunkt der Krankheit, aber sie sind nicht die einzigen Stellen, an denen sie zu bekämpfen ist: die Behandlung muß die ins Gehirn eingewanderten Spirochäten mindestens ebenso energisch zu beseitigen suchen, wie die meningealen Lokalisationen; es genügt nicht, wenn die WR. im Liquor verschwindet, sie muß auch im Blut negativ werden. Das wird eine endolumbale Behandlung zur Nachhaltigkeit nie zu leisten vermögen: sie kann nie eine solche Allgemein- und Tiefenwirkung entfalten, wie sie zu einer Sterilisation des Gehirngewebes verlangt werden muß; eine intravenöse Behandlung erscheint dazu zum mindesten aussichtsreicher. Aber auch sie muß — nach Gennerichs Feststellungen — in weiten Grenzen unzureichend bleiben, wenn sie sich auf das Salvarsan beschränkt. Denn das Salvarsan wirkt nicht diffus auf alle Spirochäten, sondern distinkt auf bestimmte Lokalisationen und vor allem: die zur Paralyse wirksam gewordene Liquorinfektion kann durch eine intravenöse Salvarsanbehandlung in diesem Ausgangspunkt nicht ausreichend betroffen werden, weil die Plexus chorioidei durch die Entwicklung der Lues für das Salvarsan unpassierbar geworden sind.

Solche Erwägungen sind jedenfalls geeignet, die Meinung zu stützen, daß auch in dem Kampf gegen die Spirochäten der Paralyse das Salvarsan — man verzeihe den Vergleich — nur eine Artillerie bedeutet, deren Zuwachs zum Kampf höchst wertvoll ist, besonders nachdem sich das Jod auf die Rolle der leichten Truppen beschränkt hat, die wohl einen Schlupfwinkel eröffnen und eine Verschanzung beseitigen, aber im wesentlichen doch nur den



Feind verfolgen und materielle Relikte wegräumen — daß aber auch auf diesem Schlachtfeld das alte bewährte Fußvolk der Hg-Präparate die höchste und stärkste Kampfeinheit bedeuten müsse und daß ein Sieg am sichersten zu erwarten ist, wenn man alle drei Waffen gleichzeitig ausnutzt. Eine spezifische Behandlung der Paralyse verspricht — solange wir mit den heutigen Mitteln arbeiten müssen — den wahrscheinlichsten Erfolg dann, wenn wir die in allen diesen Mitteln gegebene Summe spirillozider Eventualitäten unter der Gewähr tiefsten Eindringens zu den stärksten Wirkungen vereinigen: der Weg, den Uhlenhut mit der Herstellung des atoxylsauren Quecksilbers gewiesen hat, dürfte gerade für die Spätformen den richtigsten, wenn nicht den einzigen Zugang bilden; sein Prinzip muß gewahrt bleiben, wenn die besondere Sterilisatio magna, die die Paralyse verlangt, erreicht werden soll.

In dieser Anschauung habe ich die Paralyse, die ich seit Jahren antiluetisch zu behandeln suche, seit der Bekanntgabe des Salvarsan mit Vorliebe in Kombinationen behandelt. Ich habe dieses Verfahren immer mehr zu konzentrieren gesucht und habe in dieser Taktik schließlich die wichtigsten Antiluetika unmittelbar miteinander verkuppelt: ich habe in die Vene des einen Arms Salvarsan und in die des anderen Armes unmittelbar darauf das Hg mit oder ohne Jod eingespritzt.

Zu dieser extremen Kombinationsbehandlung verwende ich das Quecksilber entweder in der Form des Embarin — ich habe aus der intravenösen Anwendung der fertig steril bezogenen Ampullen bei der von mir geübten Vorsicht nie eine schädliche Wirkung erlebt — oder, wo das angebracht scheint, in der unmittelbaren Zusammensetzung mit dem Jod: ich benutze dann eine hochprozentige Lösung von Quecksilberjodid in starker Jodkalilösung. Das Salvarsan verwende ich nur als Neosalvarsan und nur in den stärksten Konzentrationen: ich löse alle Einzelportionen — von 0,15 bis 0,9 — in je 1 ccm sterilisierten bidestillierten Wassers. Ich bevorzuge diese hohen Konzentrationen schon deshalb, weil ihre Anwendung die unliebsamen Zustandsschwankungen völlig ausschaltet, die bei protrahierten Einspritzungen nicht selten eintreten. Ich sehe in diesen „Schokwirkungen" trotz ihrer bisweilen recht erheblichen Erscheinungen nicht immer plötzliche Giftwirkungen des Arsen, sondern ich halte ihre Mehrzahl aus der oft beobachteten Wirksamkeit einer geeigneten Suggestivtherapie für psychogene Zustände: aber sie sind auch als solche in einer Behandlung sehr unerwünscht, die die zu ihnen ursächlichen Einwirkungen an nervös überempfindlichen Kranken grundsätzlich wiederholen muß.

Denn die Kur muß grundsätzlich und in jedem Fall als Etappenbehandlung erfolgen.

Sie beginnt mit kleinen Mengen, um zunächst die Möglichkeit einer Idiosynkrasie oder einer erworbenen Intoleranz zu ermitteln; sie sucht dann in jedem Fall nicht nur die zweckmäßige Zeitfolge der einzelnen Spritzen, sondern auch die zulässigen Steigerungen zu „studieren": ich verfahre dazu ähnlich, wie bei einer Tuberkulinkur an Tuberkulösen. Bei einer Erscheinung, die irgendwie als Schädigung gelten kann, wiederhole ich die vorhergehende gleichgültige Gabe oder ich pausiere, bis der Zwischenfall aufgeklärt oder behoben ist; ich steige erst wieder, wenn der Zustand keine weiteren Bedenken rechtfertigt.

Vor dem Beginn jeder Kur werden Serum und Liquor des Kranken genau und mit allen wertvollen Methoden geprüft; außerdem erfolgt neben der allgemeinen Statusaufnahme eine Untersuchung des Urins, eine Hämoglobinbestimmung und eine genaue Feststellung von Blutbild, Blutdruck, Temperatur und Körpergewicht. Herzkranke und Nephritiker werden nicht behandelt, Pyelitiden sind keine Kontraindikation. — Alle Untersuchungen werden im Verlauf der Kur regelmäßig fortgesetzt oder wiederholt, besonders wichtig ist eine ununterbrochene Beobachtung von Blutbild, Hämoglobin, Urin und Körpergewicht.

Wenn es irgend angeht, umrahme und begleite ich jede spezifische Kur mit einer gleichfalls intravenös durchgeführten Hetolbehandlung. Ich habe aus fortgesetzten hämatologischen Kontrollen bei Paralytikern — und anderen Geisteskranken — feststellen können, daß das Hetol zur Bewirkung einer Hyperleukozythose den nukleinsauren Salzen und dem Tuberkulin in der Regel überlegen ist, und ich habe entschieden den Eindruck, daß es darüber hinaus auch noch eine weitere und bei Paralytikern besonders günstige Einwirkung auf den Stoffwechsel ausübt.

Ich beginne diese Hilfskur — wenn kein Verdacht auf Tuberkulose besteht — mit 0,5 einer einprozentigen Hetollösung und steige, wenn keine Reaktion erfolgt, in täglichen Einspritzungen rasch bis zu 1 ccm der 5%igen Lösung: diese Tagesgabe wird dann während der ganzen spezifischen Kur beibehalten und nach deren erster Beendigung ebenso fortgesetzt, wie während etwaiger Wieder-



holungen — solange der Kranke überhaupt in Behandlung bleibt.

Die spezifische Kur beginne ich mit Packung I = 0,15 NS und 0,25 Embarinlösung oder 0,02 Hg J 2 + 0,2 KJ. Ich steige dann von Packung zu Packung und um je 0,25 Embarinlösung oder je 0,02 Hg J 2 + 0,2 KJ bis zur Packung IV + 1,0 Embarinlösung oder + (0,08 + 0,8) Quecksilberjodidjodkali. Mit Packung V vereinige ich 1,5 Embarin oder 0,1 Hg J 2 + 1,0 KJ.

Läßt kein Ergebnis der Voruntersuchung oder der Kontrollen einen Nachteil aus der Kur befürchten oder vermuten, und erscheint der Kranke kräftig und widerstandsfähig, so verabreiche ich wöchentlich 2 Spritzen. In allen Fällen, wo eine Gefahr denkbar erscheint, beschränke ich mich auf eine Spritze in der Woche. Ist die Kur bis V einwandsfrei vertragen worden, so verabreiche ich nach einer weiteren Woche Packung VI NS + 2,0 Embarinlösung oder + der bisherigen Hg J-KJ-Portion. Bleibt auch diese Konzentration ohne jeden schädlichen Erfolg, so wiederhole ich sie binnen zwei Wochen noch zweimal. Ich riskiere diese starke Behandlung, weil sie mir theoretisch und praktisch zur Massierung der Wirkung unentbehrlich erscheint. Ich habe sie natürlich nur da angewendet, wo sie nach dem bisherigen Verlauf der Kur ohne Bedenken statthaft war; sie hat mir bei solcher Vorsicht in keinem Fall ein besonderes Risiko herausgesetzt. Diejenigen Paralytiker, bei denen gegen die Antisyphilitika eine konstitutionelle Überempfindlichkeit besteht, verraten das einer sorgfältigen Beobachtung regelmäßig schon im Anfang der Behandlung: man braucht die Kur dann nicht gleich einzustellen, aber man muß dann eben ganz besonders vorsichtig verfahren und die Kur schon bei geringen Konzentrationen anhalten lassen — die ich dann 3 bis 4 bis 5-mal wiederhole. — Den Erfolg der einzelnen Kur bewerte ich lediglich nach dem Verhalten der spezifischen Reaktionen und Befunde; die antiluetische Therapie erfüllt auch bei der Paralyse nur dann — und erst dann — ihr Postulat, wenn sie die der Krankheit eigentümlichen chemischen und zytologischen Veränderungen in den Säften nachhaltig mindert oder beseitigt. Auf die klinischen Erscheinungen ist wenig Verlaß: selbst die weitgehenden Besserungen, die im Verlauf solcher Kuren und besonders nach Salvarsan bisweilen geradezu überraschend auftreten, erscheinen mir nur als prognostisch geringwertige Ergebnisse einer starken allgemeinen Arsenwirkung, wenn jene Reaktionen in den Säften nicht gleichzeitig verschwinden oder absinken. Der wichtigste Indikator ist das Verhalten der Wassermannschen Reaktionen: aber wegen ihrer Mängel — weil die Reaktionen bei manchen Menschen, offenbar aus konstitutionellen Gründen, trotz luetischer Erkrankung und sicherer Paralyse ganz ausbleiben und auch bisweilen ganz unabhängig von jeder Behandlung in ihrem Grad, in ihrem Auftreten und Verschwinden ganz unbegreifliche Launen zeigen können — dürfen sie auch hier nicht den alleinigen Maßstab des therapeutischen Handelns bilden: die spezifische Behandlung muß — wenn sie überhaupt stattfindet — grundsätzlich solange fortgesetzt werden, bis jeder gerechtfertigte Verdacht auf das Fortwirken von Spirochäten hinfällig geworden ist. Eine solche Gewißheit darf erst dann Geltung erlangen, wenn nach der Beseitigung der spezifischen Veränderungen in den Säften auch eine mehrfach wiederholte Anwendung der von Gennerich empfohlenen Provokationsspritzen keine Reaktivierung der Krankheit bewirkt.

Ich habe mich bei dem von mir geübten Verfahren wiederholt überzeugen können, daß ein solcher Erfolg unter besonders günstigen Umständen auch bei klinisch und serologisch einwandsfrei festgestellter Paralyse schon durch eine Kurserie erreicht und über Monate erhalten werden kann.

U. a. habe ich im November 1913 einen Patienten mit der NS-Hg J-Kur behandelt, der schon beim ersten schweren Losbrechen der Paralyse (Dezember 1911; die Krankheit bestand damals aber in ihren Anfängen schon länger als ein Jahr) eine antiluetische Kur — ohne Salvarsan — durchgemacht hatte. Diese erste Kur hatte die Wassermannsche Reaktion im Blut und die stark positiven Liquorbefunde unverändert gelassen, die Situation war auch durch eine lange Nachbehandlung mit Tuberkulin und Nukleogen nicht weiter verbessert worden. Nach diesem ganzen Verfahren war der Kranke aber in eine sehr gute Besserung gekommen und $1^1/_2$ Jahre ohne Beschwerden und üble Zufälle zu Haus gewesen; er war gerade — natürlich gegen meinen Rat — im Begriff, seine Rückkehr in den Dienst zu betreiben, als er im Anschluß an ein schweres psychisches Trauma 8 epileptiforme Anfälle erlitt. Als er danach wieder zur Aufnahme kam, waren Reaktionen und Liquorbefunde sehr stark positiv. Die Kur mußte aus äußeren Gründen in 8 Spritzen auf 4 Wochen zusammengedrängt werden; sie wurde sehr gut vertragen und hat in den vier Wochen die Wassermannschen Reaktionen in Blut und Liquor negativ gemacht, die Nonnesche Reaktion von dichter Trübung bis zu leichtester Opaleszenz gemildert und den Lymphozythengehalt auf $^1/_6$ reduziert: und dieses Ergebnis



hat sich, wie fortgesetzte Kontrollen ergeben haben, bis Ende Juni d. Js. unverändert erhalten. Der Patient ist auch psychisch trotz seines jahrelangen Krankseins so wohl gewahrt geblieben, daß er sich in seinem Lebenskreis unauffällig zu erhalten vermochte. Mitte Juli hat er einen neuen Schub epileptoider Anfälle erlitten: Blut und Liquor haben auch jetzt keine spezifischen Reaktionen und Befunde ergeben, dagegen bestand jetzt eine schwere Pneumokokken-Pyelitis.

Selbstverständlich bedeuten solche Fälle Ausnahmen — wenn ich auch aus meiner kleiner Erfahrung über Parallelfälle verfüge. Es liegt in der Natur des Leidens und in der ganzen Ausgestaltung der Paralyse, daß ihre spezifische Behandlung Enttäuschungen, Versager und Fehlschläge ergeben m u ß. Aber man darf sich durch solche Fehlschläge nie von vornherein entmutigen lassen: bei der exorbitanten Intensität der Erkrankung sind überraschende Erfolge nur als seltenste Ausnahmen zu erwarten und am seltensten aus vereinzelten Kuren: eine langfristige intermittierende Behandlung ist notwendig und unvermeidlich, wenn die spezifische Behandlung der Paralyse spezifische Erfolge ergeben soll. Ich beschränke jede Kur auf den Rahmen jener 8 Spritzen. Erzielen sie nicht die gewünschte Wirkung, so wird 4 bis 6 Wochen nur mit Hetol gespritzt und dann die spezifische Kur in gleicher Weise wiederholt. Bleibt sie wieder erfolglos, so setze ich das wechselnde Heilverfahren fort, solange es der Zustand der Kranken irgend erlaubt und nützlich erscheinen läßt. Ich habe bei solcher Beharrlichkeit in zwei Fällen, die nach jahrelanger Krankheitsdauer ganz verloren schienen, durch monatelange Behandlung noch eine Stationierung der Krankheit mit vollkommenem und nachhaltigem Verschwinden der spezifischen Reaktionen gesehen — und in ihrem Gefolge eine so erhebliche geistige und körperliche Besserung, daß ich es für berechtigt halte, wenn man diese systematisch intermittierende Behandlung da, wo sie möglich ist, sehr lange fortsetzt. Beide Kranke — ein Mann und eine Frau — waren im Anfang der Behandlung verworren, unsauber und durch höchstgradige Sprachstörungen außerstande, sich irgendwie zu verständigen, die Frau konnte weder stehen noch gehen, der Mann war grob ataktisch. Beide sind nach der Behandlung klar, in jeder Beziehung resozialisiert und in der Motilität sowie im ganzen Sprachgebiet vollkommen wieder hergestellt.

Aus solchen Erfahrungen habe ich die Grenzen für die Anwendbarkeit der antisyphilitischen Behandlung immer weiter auszudehnen gelernt. Ich versuche die Kur, die sich mir auch bei anderen Formen von Lues gut bewährt hat, und bei dem von mir geübten vorsichtig individualisierenden Verfahren nie schaden kann, bei jedem Fall von Paralyse, der nicht einen extremen Ausgangszustand darstellt. Bei frischen Fällen bevorzuge ich die einfache NS-Hg-Kur, also NS + Embarin, bei älteren wähle ich die dreifache Kombination. Wenn eine intravenöse Anwendung ganz untunlich ist, kann man beide Kuren auch intramuskulär verabreichen. Die Koinzidenz, die mir besonders wertvoll erscheint, wird dann natürlich durch die verschiedene Aufnahme sehr in Frage gestellt: ich habe aber auch aus dieser Anwendungsweise befriedigende Erfolge gesehen.

Trotzdem sehe ich in dem ganzen Verfahren nicht mehr, als eine Möglichkeit eines vielleicht mit besonderem Vorteil gangbaren Weges. Es gewährleistet jedenfalls eine Erfüllung der oben herausgesetzten Forderungen: ein tiefstes Eindringen und ein Zusammentreffen und Zusammenwirken der zurzeit wirksamsten spirilloziden Eventualitäten. Ich bin überzeugt, daß eine größere Erfahrung für diese Forderungen bessere Möglichkeiten bereitstellen wird: sie müssen ohnehin ermittelt werden, weil sich die spezifische Behandlung der Paralyse an kein allgemeingültiges Schema binden läßt. Sie muß auch in der Art und in der Zusammenstellung der Mittel individualisieren: fast jede Paralyse stellt für die spezifische Behandlung ein besonderes Problem.

Es bedeutet gewiß keinen geringen Fortschritt gegenüber der bisherigen hoffnungslosen Machtlosigkeit jeder Behandlung, daß man heute ernsthaft und auf Grund bestimmter Erfahrungen von Problemstellungen in der Behandlung der Paralyse sprechen darf. Und ich bin nach meinen Ergebnissen auch überzeugt, daß diese Problemstellungen keine Fata morgana bedeuten, sondern tatsächliche Möglichkeiten eröffnen. Es erscheint mir zwar selbst sehr fraglich, ob das von mir geübte Verfahren, das ich nur an einem beschränkten Material erproben konnte, eine ausreichende spezifische Behandlung der Paralyse gewährleistet: aber es hat ganz zweifellos in einer Reihe von Fällen eine vollkommene und über Monate anhaltende Inaktivierung ihres syphilitischen Anteils bewirkt. Ich wiederhole, daß ich in diesem Erfolg, auch wenn er gewahrt bleiben sollte, keine Heilung der Paralyse gegeben sehe; denn diese Heilung, die nach den einleitenden Ausführungen immer nur eine Heilung mit Defekt bilden wird, ist eben nach aller Wahrscheinlichkeit auch aus der wirksamsten spezifischen Behandlung nicht zu erwarten; hinter dem



syphilitischen Anteil der Krankheit besteht wahrscheinlich ebenso wie bei anderen Geisteskrankheiten eine grundsätzliche Dyskrasie aus hormonaler Disharmonie — die als solche einer Behandlung wieder neue Probleme und Schwierigkeiten aufbauen wird. Aber ehe solche Annahmen statthaft sind — und um sie zu ermitteln —, muß der spezifische Anteil der Krankheit ausgeschaltet werden. Das ist das erste Problem und das wichtigste: denn nur seine Lösung öffnet weitere Wege.

Zusammenfassung:

Eine antisyphilitische Behandlung der Paralyse muß auf allen gangbaren Wegen versucht werden, weil vor jeder weiteren Fragestellung zur Behandlung der Krankheit ihr syphilitischer Anteil ausgeschaltet werden muß. Als eine zu diesem Zweck wirksame Therapie hat sich mir in einer Reihe von Fällen eine etappenweis ansteigende bisintravenöse Kombination der zwei oder drei wichtigsten Antiluetika erwiesen. Allerdings ist eine solche Behandlung immer nur von beschränktem Erfolg: sie kann nur eine Inaktivierung oder Beseitigung (?) der Spirochäten bewirken. Die paralytische Gehirnveränderung kann durch die spezifische Behandlung nicht unmittelbar gebessert, sondern nur im Fortschreiten aufgehalten und den regressiven Wirkungen zugänglich gemacht werden, die andere Behandlungsmaßnahmen (Hyperleukozythose? durch Hetol!) erhoffen lassen.

Zur zwanzigjährigen Eröffnungsfeier der Anstalt Uchtspringe (Altmark).

Anfang Oktober sind 20 Jahre verflossen, seitdem die Irrenanstalt Uchtspringe der Provinz Sachsen unter Professor Alts Leitung eröffnet wurde. Die Ärzte und Freunde des genannten Direktors haben eine Festschrift ihm zu Ehren vereinbart mit folgender Anschrift:

Hochverehrter lieber Lehrer und Meister!

Zwanzig Jahre sind verflossen, seit Ihnen, dem Sohn der sagen- und weinfrohen Mosel, auf dem Sandboden märkischer Heide eine neue Heimat entstand. Mehr als eine Heimat! eine selbstgeschaffene Stätte segensreichsten Wirkens weit über den Rahmen dieser Anstalt hinaus. Nicht leicht, nicht ohne Mühen und Kämpfe ist Ihnen der Erfolg zugefallen. Aber Sie haben ausgehalten durch gute und schlimme Jahre und heute auf der Höhe Ihres Lebens und Ihres Lebenswerkes können Sie mit Genugtuung auf die verflossenen Jahre zurückblicken.

Als das preußische Gesetz über die Fürsorge für Epileptiker und Idioten der Irrenheilkunde neue Arbeitsgebiete zuwies, eröffnete Uchtspringe den Reigen der großen, neugegründeten Anstalten. Als eine Anstalt für „Epileptiker, Blöde und unheilbare Geisteskranke" war Uchtspringe gedacht: Unter Ihrer schöpferischen Hand wurde daraus eine Heilstätte für alle Formen nervöser und psychischer Erkrankungen, ein Zentrum für die ärztliche und wissenschaftliche Erforschung dieser Krankheiten, eine Stätte, von der weit über die Grenzen Deutschlands hinaus Belehrung und Anregung in allen diese Gebiete berührenden Fragen ausging.

Ohne eine erschöpfende Aufzählung aller Einzelheiten wollen wir nur gedenken der systematisch durchgeführten körperlichen Behandlung der Epileptiker und Geisteskranken, der Prüfung und erstmaligen Anwendung neuer Heilmittel, die seitdem Gemeingut der Ärzte oder besondere Kleinode unseres Heilschatzes geworden sind, ferner der in Uchtspringe zuerst von allen Anstalten eingerichteten Laboratorien für anatomische und Stoffwechseluntersuchungen, der Angliederung einer Poliklinik für die ambulante Behandlung von Epileptikern, Nervösen und Kranksinnigen.

In vorbildlicher Vollkommenheit haben Sie die Arbeitstherapie durchgeführt und die prächtigen Gärten und Anlagen, die aus diesem Sandboden hervorgewachsen sind, die Produkte Ihrer Anstaltswerkstätten, zeigen, wie Ihre und Ihrer Kranken gemeinsame Arbeit gesegnet war.

Die Anwendung der freien Behandlung bei allen Geisteskranken hat dazu geführt, daß von Uchtspringe aus ihre vollendetste Form, die Familienpflege, für Deutschland neue Bedeutung und praktische Gestaltung erlangte. In die stillen Heidedörfer rings um Uchtspringe ist mit der Familienpflege neues, fröhliches Leben eingekehrt.

In der richtigen Erkenntnis, daß das beste ärztliche Wissen und Können bei unseren Kranken nicht ausreicht, wurde die Hebung des Irrenpflegerstandes durch Fachausbildung, Gewährung ausreichender Erholungszeit und der Möglichkeit eines eigenen Heims gefördert. Die schmucken Pflegerdörfchen, die jetzt an allen größeren Anstalten entstehen, sind Ihr eigenster, origineller Gedanke.

Die Anstaltsärzte selbst verdanken Ihrer unermüdlichen Einwirkung auf die Verwaltungsbehörden die Verbesserung ihrer beruflichen und materiellen Stellung, die Gelegenheit zur Fortbildung und zur wissenschaftlichen Arbeit an den Anstaltslaboratorien und die Möglichkeit, sich durch größere dienstliche Selbständigkeit für ihr schweres Amt berufsfreudig und leistungsfähig zu erhalten.

Durch Ärztekurse, durch Belehrung in Wort und Schrift, durch Ihr tatkräftiges Wirken auf Kongressen und Ausstellungen und, indem Sie Ihre Erfahrung auch bei der Schöpfung anderer Anstalten zur Verfügung stellten, haben Sie die Errungenschaften von Uchtspringe den weitesten Kreisen der Ärzte nicht nur deutscher Zunge, sondern des ganzen Auslands zugängig gemacht und damit dem Ruhmeskranz deutscher Wissenschaft und Humanität einen herrlichen Zweig zugefügt.

Daß Ihnen bei all dieser organisatorischen Tätigkeit eine weitschauende Verwaltungsbehörde mit materieller und moralischer Unterstützung treu zur Seite stand, haben Sie durch Ihr unermüdliches Wirken, Ihre überzeugenden Darlegungen und — nicht zum wenigsten — dadurch erreicht, daß Sie zur rechten Zeit und am rechten Orte mit weiser Sparsamkeit im Kleinen die Mittel für Großes bereit hielten.

In all diesem Wirken im großen und im kleinen, in Wissenschaft und Praxis ist der Kern Ihrer Persönlichkeit der gleiche geblieben. Daß nur mit reichem ärztlichen Wissen und Können all dies zu erreichen war, ist selbstverständlich; Sie, der einen Gerhardt, Leube, Riegel, Hitzig zum Lehrer hatte, um nur einige Namen zu nennen, waren dazu in geeigneter Weise vorgebildet.

Aber — was mehr ist und was weiter dazu nötig ist—: Sie sind von jeher auch ein guter Arzt gewesen, „gut" im wahrsten Sinne des Wortes, wie es nur ein guter Mensch sein kann: mit persönlicher Teilnahme für Ihre Kranken, mit Optimismus und Selbstvertrauen, in festem Glauben an den Erfolg sind Sie an Ihre Mission gegangen und nur so konnten Sie auch unter schwierigen Verhältnissen Ihr Ziel erreichen.

Mit Bewunderung und Dankbarkeit blicken heute zahlreiche Schüler, Verehrer und Freunde im Inland und Ausland zu Ihnen auf und nehmen im Geiste teil an dieser Erinnerungsfeier. Andere sind hierher gekommen, um Ihnen persönlich diese Gefühle auszusprechen. Aber die Worte, die wir Ihnen sagen können, sollen nur die äußere Form unseres Dankes sein. Besseren Ausdruck wollen wir ihm durch die Tat geben, indem wir, jeder in seinem Wirkungskreise, in Ihrem Sinne unermüdlich und freudig an dem Wohle der uns anvertrauten Kranken arbeiten.

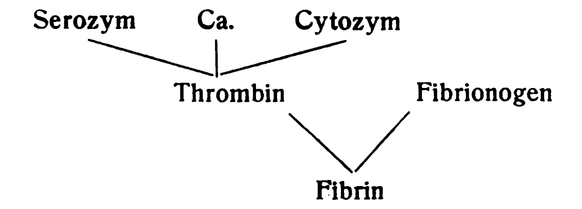
Dieser Dank und dieses Versprechen soll Ihnen eine freudige Genugtuung und Ermutigung für weiteres Schaffen sein.

Einige Ihrer Freunde und Schüler haben zur Erinnerung an diesen Tag und als Zeichen der Zuneigung und Dankbarkeit Ihnen diese Arbeiten gewidmet, die wir Sie bitten, freundlichst annehmen zu wollen.

Über eine Gerinnungsreaktion des luetischen Serums.

Von **L. Hirschfeld** und **R. Klinger**, Zürich, Hygiene-Institut der Universität. (Autoreferat.)

Für das Verständnis der Reaktion ist es erforderlich, die bei der Blutgerinnung wesentlichen Vorgänge kurz ins Gedächtnis zu rufen. Die Gerinnung beruht auf der Fällung des Fibrinogens durch das Thrombin (Fibrinferment). Zur Thrombinbildung sind zwei Substanzen notwendig: 1. das in den Organen vorhandene Cytozym (Thrombogen, Thrombokinase) und 2. das Serozym, welches im Plasma angetroffen wird. Diese beiden Substanzen führen in Anwesenheit von jonisiertem Ca zur Thrombinbildung; das Thrombin bewirkt auch ohne Ca (also auch im Oxalatplasma) die Gerinnung von Fibrinogenlösungen.



Bei ihren früheren Untersuchungen über Thrombinbildung sind Verf. auf Erscheinungen gestoßen, die große Analogie zu gewissen durch die Wassermannsche Reaktion ausdrückbaren Zustandsänderungen des Serums zeigten. Es wurde daher versucht, die besondere Beschaffenheit des luetischen Serums durch eine gerinnungsphysiologische Reaktion auszudrücken, was in der Tat gelang.



Die gefundene Reaktion beruht darauf, daß die alkoholischen Organextrakte, wie sie zur Anstellung der WR. Verwendung finden, ein starkes Cytozym sind; der Cytozymcharakter solcher Extraktemulsionen wird durch luetische Sera zerstört, während normale Sera ihn nur unwesentlich abschwächen. Das Prinzip der Reaktion besteht daher in einer quantitativen Bestimmung der Gerinnungsaktivität des Extraktes nach Digerieren desselben mit dem zu prüfenden Serum. Zu diesem Zwecke wird das durch einige Zeit bei Zimmertemperatur mit verschiedenen Extraktdosen stehen gelassene, inaktive Serum mit einer reinen Serozymlösung (Hammelserum) in Anwesenheit einer Ca-Lösung versetzt. Blieb das Cytozym des Extraktes erhalten (normale Sera), so bildet sich Thrombin, welches mit einer Fibrinogenlösung (Oxalatplasma) nachgewiesen wird (Gerinnung). Wurde dagegen der Extrakt zerstört (luetische Sera), so bleibt die Thrombinbildung und damit die Gerinnung des Oxalatplasmas aus.

Die Übereinstimmung der mit dieser Technik erhaltenen Resultate mit denen der WR. ist eine weitgehende.

Den Wert ihrer Reaktion erblicken die Verf. nicht darin, daß sie einen Ersatz für die nun allgemein eingebürgerte und den Anforderungen der Luesdiagnose vollauf genügende WR. bilden sollte; ihre Bedeutung dürfte vielmehr darin liegen, daß hiermit eine neue Methode gefunden scheint, um gewisse serologische Veränderungen des Blutes zu erkennen; es besteht die Möglichkeit, daß auch bei anderen Erkrankungen eine auf ähnlichen Vorgängen (elektive Zerstörung bestimmter, cytozymhaltiger Antigene) aufgebaute diagnostische Technik gefunden werden könnte (Tuberkulose, Karzinom, Gravidität).

Ferner ist zu hoffen, daß die besondere Affinität des luetischen Serums zu gewissen Cytozymen benutzt werden könnte, um eine direkt mit dem Blut des Patienten (ohne Zuhilfenahme tierischer Sera) anstellbare Gerinnungsreaktion auf Lues auszubilden.

Mitteilungen.

— Von dem stellvertretenden Schriftleiter der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift wird mir mitgeteilt, daß meine Kritik des Grisarschen „Luthers" viele Private schwer berührt habe.

Zur Würdigung der Sachlage muß ich hervorheben, daß ich überzeugter Protestant und in jeder Beziehung anti-ultramontan bin. Das kann für mich aber nie ein Grund sein, historische Tatsachen nicht unbefangen zu würdigen und einem Buche, dessen Objektivität von allen, auch von protestantisch-kirchlichen Seiten anerkannt wird, nicht dieselbe Objektivität angedeihen zu lassen. Von den verschiedensten Seiten ist mir bestätigt worden, daß mir das gelungen ist. Daß ich damit Anstoß erregen würde, durfte ich um so weniger annehmen, als die Kritik in einer wissenschaftlichen Zeitschrift erschien, bei deren Lesern ich das Verständnis für die Behandlung derartiger Fragen voraussetzen mußte, um so mehr, als es sich um Tatsachen und Ansichten handelte, die zum größten Teile längst bekannt waren.

Daß es mir gar nicht in den Sinn kommen konnte, religiöses Gefühl zu beleidigen und der überragenden Persönlichkeit Luthers nahe zu treten, mußte meiner Ansicht nach aus der Kritik selbst hervorgehen. Wenn trotzdem eine solche mir vollkommen unverständliche Auffassung aufkommen konnte, bin ich damit einverstanden, daß der Schluß des Aufsatzes nicht zum Abdruck gelangt.

Langenhagen, den 4. Oktober 1914.

Dir. Dr. Mönkemöller.

— Der Vorstand der **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten** hat beschlossen, aus dem Vereinsvermögen 6000 M zur Linderung der Kriegsnot zur Verfügung zu stellen. Hiervon werden zunächst 2000 M für die durch den Krieg geschädigten Ostpreußen und 1000 M an die Hilfsvereinigung für Musiker und Vortragskünstler Groß-Berlins abgeführt. (Berl. Tagebl., 21. Sept.)

— **Psychiatrie und Krieg.** Das traurige Ende Viktor Arnolds, des Berliner Schauspielers, lenkt die Aufmerksamkeit auf die Zusammenhänge zwischen dem Krieg und den geistigen Erkrankungen. Die von Professor Bonhoeffer geleitete Charitéklinik für psychische und Nervenkrankheiten hat schon eine ganze Reihe solcher während des Krieges ausgebrochener Erkrankungen behandelt. Denn sie treten jetzt um ein mehrfaches häufiger beim Heere in Erscheinung als in der Friedensarmee und gefährden dann den Organismus der Disziplin. Wie Bonhoeffer in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" schreibt, schoß da ein in Berlin behandelter Schwachsinniger plötzlich, offenbar in einer



ängstlichen Desorientierung auf seine Kameraden aus einer Kirche. Ein Vize-Feldwebel der Landwehr, der nachher als Paralytiker festgestellt wurde, befolgte mehrfach dienstliche Befehle nicht und verließ schließlich vor der Front seinen Truppenteil. Ein anderer fuhr, offenbar im Dämmerzustande, in feldmarschmäßiger Ausrüstung nach Hause. Demgegenüber wünscht Bonhoeffer, daß bei der Musterung auf jene besonders Rücksicht genommen wird, die zwar an sich nicht geisteskrank sind, die aber nach ihrer psychischen Konstitution wahrscheinlich machen, daß sie den Anforderungen der Disziplin und Strapazen nicht gewachsen sind und daher aus dem Gleichgewicht geworfen werden. Dauernde Affektspannungen und körperliche Überanstrengungen bringen auch die leichtesten, sonst unbedenklich als normal bezeichneten Fälle zu pathologischen Reaktionen. Bonhoeffer bespricht die jetzt auftretenden psychischen Störungen und die sofort zu ergreifenden Maßregeln. Meist wird es genügen, die Kranken über die erste Erregung hinwegzubringen. Eine Rückkehr zur Truppe nach der etwa eingetretenen Beruhigung ist aber keinesfalls zu gestatten. (Voss. Ztg., 24. Sept.)

— **Russisches Bombardement auf eine ostpreußische Irrenanstalt.** Landeshauptmann v. Berg und Landrat a. D. v. Batocki besuchten dieser Tage die der Provinz Ostpreußen gehörigen Anstalten in Tapiau. Hierbei wurde folgendes festgestellt: In der Heil- und Pflegeanstalt Tapiau, die durch die Beschießung der Russen vom 28. bis 30. August schwer gelitten hat, befinden sich, nachdem ein großer Teil der Kranken vor einiger Zeit nach der Anstalt Konradstein transportiert worden war, 430 Insassen, meist unruhige Kranke, die nicht fortgebracht werden konnten. Sie haben mit dem zurückgebliebenen Arzt Dr. Tietsch, einigen Pflegern und Pflegerinnen, die sich in aufopfernder Weise ihrer Pflegbefohlenen angenommen haben, schwere Tage erlebt. Durch die einschlagenden Granaten und die dadurch entstandenen Vernichtungen sind elf Kranke getötet und etwa zwanzig meist leicht verwundet worden. Die übrigen Patienten sind wohlbehalten in der Anstalt. Die Kirche der Besserungsanstalt ist zerstört. (Berl. Tagebl., 9. Sept.)

Buchbesprechungen.

— Pfeiffer: Über den Selbstmord. Eine pathologisch-anatomische und gerichtlich-medizinische Studie. Jena 1912, Fischer.

Die Bahn, welche bei der wissenschaftlichen Erforschung des Selbstmordproblems zuerst von Heller beschritten wurde, hat Verf. weiter verfolgt und 595 hierher gehörige Sektionsprotokolle aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Graz einer eingehenden Bearbeitung unterzogen. Gegenüber jenen, welche die tentamina suicidii klinisch untersuchen konnten, ist der pathologische Anatom in einem gewissen Nachteil. Die pathologischen Befunde, als Ergebnis abgelaufener Prozesse, decken sich nicht mit dem Verlauf seelischer Vorgänge; letztere sind nicht von uns bekannten anatomisch nachweisbaren Veränderungen begleitet, und aus ihnen läßt sich nicht der „Schluß auf das Vorliegen von Unzurechnungsfähigkeit . . . ableiten". Wohl aber kann am Seziertisch „im besten Falle der exakte Beweis, daß durch eine Erkrankung der nervösen Zentralorgane oder durch die Rückwirkung schwerer somatischer Veränderungen auf die psychischen Funktionen eine abnorme Reaktionsfähigkeit vorliege", erbracht werden. Die besondere Beleuchtungsart des Verfassers bringt neben der Bestätigung von manchem Bekannten auch wichtiges Neues. Indem er bei aller Verschiedenheit der Objekte die Sektionsergebnisse nach den Altersklassen der Verstorbenen zusammenstellt, erhält er ein wertvolles Vergleichsmaterial und durch Analyse der Befunde neue Gesichtspunkte.

Ein auffallender Tiefstand der Selbstmorde ergab sich in den Sommermonaten und es fanden sich 3 mal soviel Männer wie Frauen. Nur bei den jugendlichen Selbstmördern waren die Zahlen ziemlich gleich. Die größten absoluten Zahlen wies das dritte Dezennium auf, doch ist zu betonen, daß prozentual zu den Altersklassen der Selbstmord mit zunehmenden Jahren steigt. Absolut die höchste Selbstmordhäufigkeit zeigt der Mann infolge des Alkoholismus im fünften Dezennium, die Frau in den sexuell bedingten Ausnahmejahren 21 bis 30. Bei den jugendlichen Selbstmorden sind bei beiden Geschlechtern die konstitutionell Geschädigten (Thymus persisteus, Aorte angusta, Genitalhypoplasie, Status lymphaticus) stark vertreten. Bei der Frau dominiert ferner die noch sonst belastete Menstruierende und die gesunde Schwangere. Bei dem größten Teil der schwangeren Selbstmörderinnen handelt es sich, wie Verf. unter Berücksichtigung der sonstigen Befunde und der Giftmittel (Arsen, Phosphor) nachweist, überhaupt nicht um Selbstmord, sondern um verunglückte Abtreibungsversuche. Weiter treten beim Weibe öfter als beim Manne Geschlechtskrankheiten in Beobachtung, so daß also bei ersterem die Einflüsse der Geschlechtsbestimmung eine sexuell bedingte Selbstmordneigung hervortreten lassen, die beim Manne fehlt. Vom dritten Dezennium an treten die Beziehungen der konstitutionellen Schäden zum Selbstmord weniger häufig hervor, beim Weibe vielleicht noch etwas öfter; dagegen häufen sich die kranken Menstruierenden und andere Geschlechtskranke, und beim Manne mehren sich schon wichtige Störungen des Zentralnervensystems und des Gefäßapparates als Zeichen chronischen Alkoholismus'. In den Jahren 41 bis 50 treten bei beiden Geschlechtern beginnende Altersveränderungen auf. Nach der Klimax verliert das Bild sein sexuelles Gepräge, an die Stelle der Menstruierenden treten Alkoholistinnen. Wir haben sonach in der geschlechtsreifen Zeit wichtige, den Altersklassen ihr Gepräge gebende Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Selbstmorde. Während beim Manne hauptsächlich die in den Altersklassen häufigen Störungen des Zentralnervensystems, des Gefäßapparates und die Folgen des chronischen Alkoholismus die er-



worbene organische Selbstmorddisposition schaffen im Gegensatz zu der mit dem Alter stetig abnehmenden konstitutionellen Selbstmordneigung, finden wir bei der jugendlichen Selbstmörderin die kranke Menstruierende häufig. Wo Schwangere bewußt Hand an sich legen, handelt es sich fast stets um sonst noch kranke Individuen. Trotzdem sich so eine Sondergrppe des weiblichen Selbstmordes auf sexuell bedingter Basis nachweisen läßt, sind es im allgemeinen doch nicht die geschlechtlichen Funktionen allein, sondern erst ein Zusammentreffen mit weiteren Schädlichkeiten bezw. Anlagen, welche die Vorbedingung zum Selbstmord schaffen. Auch für den Selbstmord bei Infektionskrankheiten konnte Verf. vielfach noch anderweitige Schädigungen nachweisen.

Der Zahlenunterschied des männlichen und weiblichen Selbstmörders ist weniger auf Unterschiede des Charakters als auf die Lebensschädigungen und vorzugsweise auf solche des chronischen Alkoholismus zurückzuführen.

Von 557 (416 m. und 141 w.) Selbstmördern boten nur 63 (51 m., 12 w.) keine wichtigeren pathologisch-anatomischen Veränderungen. 75% zeigten derartige Veränderungen, daß „annähernd normale psychische Reaktionsverhältnisse schon vom anatomischen Gesichtspunkte aus nicht vorauszusetzen waren.

Auf weitere Einzelheiten der durch ihr Tatsachenmaterial und durch die Resultate des verschiedenartigen Betrachtungsmodus gleich wertvollen Arbeit kann nicht eingegangen werden. Bei Besprechung der Bekämpfungsmaßregeln weist Verf. hin auf den günstigen Einfluß der Abstinenzbewegung in Norwegen.

Bei aller Wertschätzung der pathologischen Befunde betont Verf. die Notwendigkeit der Motiverforschung und läßt Fälle ausdrücklich zu, in denen der Selbstmord bei klarer und ruhiger Überlegung zur Ausführung gelangte. — Bei Besprechung der Gegenmaßregeln hebt er die Wichtigkeit der Mäßigkeit hervor.

Den Schluß des Buches bildet eine kleine Reihe mitgeteilter Selbstmordfälle, welche anatomisch und forensisch von höherem Interesse sind.

Kellner-Chemnitz.

— Levaditi, C., Marie, A. (de Villejuif), et Bankowski, J.: Le Tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Extrait des Annales de l'Institut Pasteur (Juillet 1913 Nr. 7 p. 577 — 27. année).

Die Verfasser haben schon früher vor der Noguchischen Entdeckung die Anwesenheit der Spirochaeta pallida im Paralytikerhirn vermutet und gesucht, aber nicht gefunden. Nach Bekanntgabe der gelungenen Färbung und dem sichergestellten Nachweis durch Noguchi haben sie ihre Versuche wieder aufgenommen und geben ihre Forschungsergebnisse und Schlußfolgerungen bezgl. Ätiologie und Pathologie der Paralyse wieder. Unter 32 Fällen fanden sie dreimal mit Sicherheit Spirochäten. Die drei Krankengeschichten werden klinisch und nach Sektionsbefund wiedergegeben. Auf Grund dieses geringen positiven Befundes halten sie die einfache Silberfärbungsmethode für recht unsicher, dagegen seien die neueren Methoden fast völlig zuverlässig als histologisches Diagnostikum; dieselben erfordern: möglichst frühzeitige Obduktion; Prüfung jeder Hirnwindung, beginnend mit den hinteren Partien der Frontallappen; nach Durchtrennung der weichen Hirnhaut Herausschneiden einiger 2 bis 3 mm dicken Stücke der Hirnrinde und Emulgierung in 2 bis 3 Tropfen Kochsalzlösung; dann Verreibung unter weiterer Verdünnung; endlich Färbung: 1. mit chinesischer Tusche, 2. nach der Methode von Fontana, 3. nach Löfflerscher Methode. Hierbei fanden sie achtmal positiven Ausfall unter 9 Fällen, die mit der einfachen Silberfärbungsmethode nur einmal den Spirochätennachweis ermöglichten. Auch weisen die Autoren darauf hin, daß die Spirochäten konstant sind bei allen Paralytikern, die im Anfall starben, ferner daß die Spirochäten sich immer am meisten in den vorderen Hirnpartien, nicht etwa in den makroskopisch am meisten geschädigt scheinenden Hirnpartien finden, endlich daß die paralytischen Anfälle korrespondieren mit den durch die Spirochäte hervorgebrachten direkten Hirnschädigungen, besonders wenn letztere die motorischen Rindenzentren betreffen.

Gerade die letzteren Feststellungen, wenn sie Nachprüfungen standhalten, erscheinen mir nicht unwichtig. Sie beruhen sicher auf ernsten Forschungen, wie die beigegebenen hübschen Abbildungen erkennen lassen, und verdienen deshalb zweifellos der angegebenen Nachprüfung.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Kunert, Dr. A., Zahnarzt in Breslau: Unsere heutige falsche Ernährung als letzte Ursache für die zunehmende Zahnverderbnis und die im ganzen schlechtere Entwicklung unserer Jugend. III. Auflage, 50. bis 100. Tausend. Breslau, Selbstverlag.

Verf. führt die zunehmende Zahnfäule und die schlechtere Entwicklung unserer Jugend darauf zurück, daß in unserer heutigen Nahrung viel zu wenig Nährsalze vorhanden seien. Weg mit den feinen Mehlen, den geschälten Hülsenfrüchten, Rückkehr zum so nahrhaften guten Schwarzbrot, Verwendung von ungeschältem Reis, Einschränkung der Fleischnahrung und des Zuckerverbrauches sind die berechtigten Forderungen, die Verf. stellt. Schon die Milch unserer stillenden Mütter ist zu wenig nährsalzhaltig! Auch in der Anlage kalkarmer Wasserleitungen sieht Verf. eine große Volksgefahr.

Das von großen sozialhygienischen Gedanken zeugende Büchlein dürfte weiterer Verbreitung wert sein, wenn es auch einiges enthält, das dem Ref. anfechtbar erscheint, z. B. die unschädliche (?) Möglichkeit des vollständigen Ersatzes des tierischen Eiweißes durch Pflanzeneiweiß.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Ritti, Ant.: Mélancolie. Paris, Vigot, Frères, editeurs, 23 Place de l'Ecole-de-Médecine.

Die in der vorliegenden Broschüre im Auszug behandelte Melancholiefrage bietet, abgesehen vielleicht von der Einteilung der verschiedenen Schwermutsformen für den deutschen Psychiater wenig Neues. In dem sonst recht guten therapeutischen Teil vermißt Ref. vor der Sondenernährung die Anführung der so oft mit Er-



folg bei der Nahrungsverweigerung angewandten Na Cl-Einläufe bezw. -Infusionen; ganz und gar ablehnend möchte er sich weiter dem Vorschlage Rittis gegenüber verhalten, zur Erleichterung der Sondenernährung bei Erregten zur Zwangsjacke zurückzugreifen! Auch hat er Bedenken gegen die therapeutische Verwendung der verschiedenen Duschen. Sehr angenehm berührt andererseits die präzise klare Indikationsstellung für das therapeutische Handeln im engsten und weitesten Sinne bei den verschiedenen Verlaufseigentümlichkeiten und Komplikationen der vom Verf. in der vorligenden Arbeit behandelten psychischen Störungen.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Finckh, Dr. J.: Die Nervenkrankheiten, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Gemeinverständliche Darstellung. 4. umgearbeitete Auflage. (Der Arzt als Erzieher Heft 3.) München, Verlag der ärztl. Rundschau Otto Gmelin.

In überaus klarer Weise schildert Verf. wie funktionelle Nervenleiden entstehen durch Vererbung, unzweckmäßige Erziehung, durch verkehrtes Anfassen der Berufsarbeit, durch mangelnde oder falsche Erholung, Fehler im Essen und Trinken usf.; er zeigt, wie der Mensch von Jugend auf leben muß, um selbst bei primärer mangelhafter Anlage gesund und glücklich leben zu können. Aber auch dem schon Erkrankten stehen Mittel zur Verfügung, wieder zu gesunden! Auch hier spielt eine vernünftige Lebensweise neben Befolgung der ärztlichen Ratschläge eine bedeutsame Rolle.

Das Büchlein bietet für den Nervenarzt nichts Neues. Sein Wert beruht auf seiner überzeugenden populären Darstellung, die keine Hypochonder erzeugt, sondern Kranke stärkt.

Heinicke-Großschweidnitz.

— The twenty-fourth Annual Report of the Managers of the St. Lawrence State Hospital at Ogdensburg in State New York to the State Commission in Lunacy berichtet über eine Krankenbewegung von 2242 Kranken d. i. 1047 Männer und 1195 Frauen. Wir erhalten aus dem Berichte des Superintendenten eine genaue Übersicht über die Krankenbehandlung, die Ursachen, den Verlauf und die Ausgänge der Geisteskrankheiten, über die Arbeitstherapie, über die Vorbereitungs- und Unterrichtskurse der Pflegepersonen, und zum Schluß genaue Aufschlüsse über die Finanzgebarung und die Landwirtschaft der Anstalt.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

Therapeutisches.

— **Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der Ulcera cruris.** Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf, Spezialarzt für Hautkrankheiten. Dermatologisches Centralblatt XVII. Jahrg. Nr. 8.

Beide Substanzen (Pellidol, ein Derivat des Amidoazotoluols, des wirksamen Bestandteils der Scharlachrotsalbe, das nicht färbt und leicht löslich ist in den üblichen Salbengrundlagen; Azodolen neben dem Pellidol noch Jodolen, ein Jodeiweißpräparat enthaltend) hat F. sowohl in Pulverform als auch in Salben bei allen Stadien der Geschwürsbildung derartig oft versucht, daß er glaubt, ein abschließendes Urteil abgeben zu können.

1. Pellidol, am schnellsten wirkend bei den oberflächlichen Ulzerationen, daher eine außerordentliche Bereicherung unseres Medizinschatzes bei der Behandlung der empfindlichen und schmerzhaften Geschwüre, ist bei gleicher Wirkung der Scharlachrotsalbe vorzuziehen. Mit Kokain, Anästhesin oder Zykloform bei den schmerzhaftesten Geschwüren unterhalb der Malleolen. Bei Geschwüren zweiten Grades wirkt es nur, wenn schon Granulationsbildung vorhanden ist. Applikationsweise: am besten in Salbenform, je nach Wunsch, in 2—5%iger Konzentration.

2. Azodolen, nur bei nicht schmerzenden Geschwüren, als Desinfiziens oder als Adstringens, um Granulationen zu ziehen, bei Ulzera zweiten Grades am besten in Pulverform mit Pflasterverband, unter dem Pflaster mazeriert die Sekretstauung die Ränder und bringt sie mit den Granulationen in gleiche Höhe. Die Verbände dürfen nicht länger als 4 Tage liegen bleiben.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Lüben.** Dem Herausgeber der Psych.-Neurol. Wochenschrift, Oberarzt Dr. Johannes Bresler, der seit Beginn des Krieges als Regimentsarzt eines Kavallerie-Regiments im Felde tätig ist, wurde das

Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarzweißen Bande verliehen.

— **Wiesloch** (Baden). Der Medizinalpraktikantin Dr. Irene Wingendorf von Berlin wurde mit Wirkung vom 1. Aug. d. Js. an die Stelle einer Hilfsärztin an unserer Anstalt übertragen.

Der Medizinalpraktikantin Fräulein Paula Hauß von Leutesheim wurde mit Wirkung vom 1. August d. Js. an die Stelle einer Hilfsärztin an unserer Anstalt übertragen.

Geschäftliches.

— Die **Krumeichsche Reform-Wärmflasche,** D. R. P., aus braun-salzglasiertem Steinzeug, mit patentiertem Traghebel-Verschluß, hat sich ein weites Absatzgebiet erobert und findet besonders dort begeisterte Anhänger, wo man neben den billigen Anschaffungskosten die Zweckdienlichkeit der Steinzeug-Wärmflasche erkannt hat. Das starkwandige Steinmaterial der Flasche verhindert das Zerspringen, sowie im Gegensatz zu den Metallwärmflaschen ein rasches Abkühlen. Es wird vielmehr eine lang andauernde, intensive Erwärmung erzeugt und die Ausstrahlung wird durch die eigenartige Dreikantform der Reform-Wärmflasche noch wesentlich erhöht. Die gesetzlich geschützte dreikantige Form ermöglicht die denkbar beste Auflage und Flächendarbietung der Flasche, was besonders in der Krankenpflege zu Packungen usw. gewürdigt wird. Mittels des patentierten Verschlusses mit Traghebel läßt sich die heiße Flasche leicht und sicher transportieren. Der rasche Verschleiß, wie er bei Blechwärmflaschen durch Verbeulen und Durchrosten entsteht, ist bei dem widerstandsfähigen, unverwüstlichen Steinmaterial ausgeschlossen.



Wo Bedarf in größerer Anzahl vorliegt, wie bei Feldlazaretten, Krankenhäusern, Sanatorien, Anstalten u. dgl., werden die geringen Anschaffungskosten besonders angenehm empfunden werden. Mit Preisen usw. steht die Firma Wilhelm Krumeich, Ransbach 12 (Westerwald), unseren Lesern gerne zu Diensten.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh,** Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 29/30. 24. Oktober **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Ein Versuch zur Anwendung der Mendelschen Regel auf die schizophrene Gruppe der Geistesstörungen.

Dr. **I. Elmiger,** zweiter Arzt, St. Urban (Schweiz).

Wer schon seit längerer Zeit in der Psychiatrie tätig ist, der konnte im Laufe der Jahre verschiedene Strömungen und Wandlungen in der Hereditätslehre der Psychosen konstatieren. Wird ein Kranker in die Anstalt aufgenommen, so wird in bezug auf seine Heredität sorgfältig nachgeforscht, ob von den Eltern oder Großeltern, von Onkeln oder Tanten väterlicher- oder mütterlicherseits, ob von den Geschwistern oder Kindern jemand an Geistes-, Nerven- oder Gehirnkrankheit, an Trunksucht gelitten habe, und ob in der Verwandtschaft auffallender Charakter, Selbstmord oder Verbrechen vorgekommen seien. Die an den Irrenanstalten durchgeführte Massenstatistik hat uns auf diese Weise gelehrt, daß 70 bis 90% der Anstaltsinsassen eine erbliche Belastung aufweisen. Wir haben beispielsweise auf unserer Frauenabteilung sogar 96% Belastung konstatieren können. Wir wissen nun aber, daß auch bei geistig Gesunden eine Belastung von 65% vorkommt, die Unterschiede zwischen der Belastung der Geisteskranken und Gesunden sind also gar nicht so groß. Zu ganz anderen Zahlen gelangt man aber, wenn man nur die mit Geisteskrankheiten Belasteten berücksichtigt. In 65% der Familien von Schizophrenen (oder Dementia praecox) läßt sich Geisteskrankheit finden, während die Belastung durch Geisteskrankheit bei Nichtgeisteskranken auf 7% bewertet wird (Bleuler). Eine Zeitlang wollte man nur noch der direkten Erblichkeit einen wirklich belastenden Wert zuschreiben, und man ging in der Nichtbeachtung der indirekten Erblichkeit soweit, daß ein deutscher Psychiater den Ausspruch tat, von einem Onkel oder einer Tante könne man im günstigsten Fall einen Sack voll Geld, im schlimmsten Falle nichts erben.

Durch die klassischen Arbeiten von Kraepelin und Bleuler ist die Schizophrenie zu einem der bestcharakterisierten Krankheitsbilder geworden. Zu dieser Gruppe gehören 70 bis 80% der an den Heilanstalten verpflegten Kranken. Es ist auch begreiflich, daß sich die Vererbungslehre besonders dieser Krankheitsgruppe zuwandte. Man arbeitete mit der altgewohnten statistischen Methode und machte die schon oben erwähnte Erfahrung, daß Geisteskrankheiten in den Familien der Schizophrenen häufiger sind als in denen von Gesunden, ja um in Vielfaches häufiger sind als bei Gesunden.

Es geht daraus deutlich hervor, daß die Heredität eine wichtige Rolle spielt bei der Entstehung der Schizophrenie.

Seit der Wiederentdeckung der Mendelschen Regel wurde hier und da die Frage aufgeworfen, ob sie sich nicht auch auf Schizophrenie anwenden lasse. In der Oktoberversammlung 1912 der Schweizer Psychiater in Zürich wies Direktor Ris darauf hin, daß die in der Psychiatrie geltenden Hereditätsbegriffe veraltet und revisionsbedürftig seien. Er erläuterte die Mendelsche Regel an Beispielen aus der Entomologie und sprach die Vermutung aus, daß sie vielleicht sich auch auf die Heredität der Schizophrenie werde ausdehnen lassen. In seinem vortrefflichen Buche „Vererbungslehre" wagt Professor Plate noch nicht, die

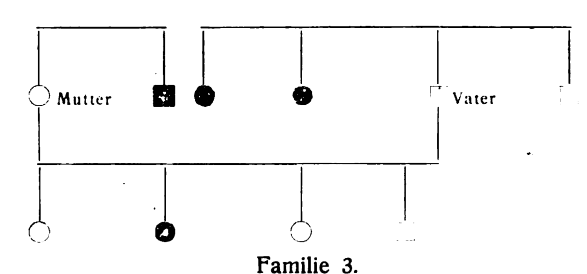


Mendelsche Analyse auf die Geisteskrankheiten auszudehnen, spricht aber bereits die Ansicht aus, die krankhaften Individuen möchten sich rezessiv verhalten.

In der Pfingstversammlung der Schweizer Psychiater 1913 in Pirminsberg demonstrierte Sekundärarzt Oberholzer (Breitenau, Schaffhausen) einige mit großer Mühe gesammelte Stammbäume von schizophrenen Familien. Er konnte nachweisen, daß die Vererbung der Schizophrenie nach der Mendelschen Regel sich vollzog.

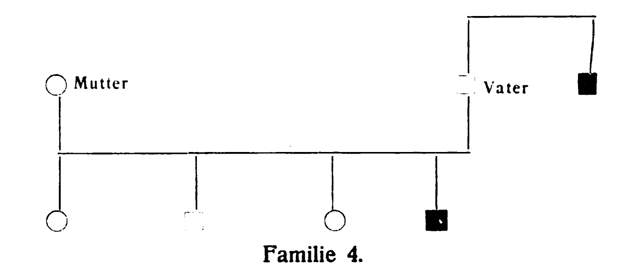
In den letzten Jahren richteten wir bei den Aufnahmen auf die Frauenabteilung an unserer Anstalt unser Augenmerk auf die Zahl der gesunden und kranken Geschwister der Geisteskranken im allgemeinen und der Schizophrenen im besonderen. Es stellte sich heraus, daß diese Verhältniszahlen nicht allzu große Schwankungen aufwiesen. Bei den Geisteskranken überhaupt traf es 3 bis 3,5 gesunde Geschwister auf ein krankes. Bei den Schizophrenen waren diese Zahlen ungünstiger. Sie schwankten in den verschiedenen Jahren zwischen 2,3 bis 3 gesunden Geschwistern auf ein krankes. Das günstigste Verhältnis bei der Schizophrenie war bis jetzt 3 gesunde Geschwister auf ein krankes, das ungünstigste 2,3 gesunde auf 1 krankes Geschwister. Diese Zahlen sind Durchschnittszahlen, berechnet auf je ein Jahr, indem die Summe der gesunden Geschwister durch die Summe der geisteskranken beziehungsweise der schizophrenen dividiert wurde.

Bei einer näheren Durchsicht ergab sich, daß es eine ganze Anzahl von Familien gab mit 4 Kindern, von denen eines schizophren war. Die Mendelsche Proportion trat hier also klar zutage. Da es sich um 25 solcher Familien handelt, können wir nur einige hier anführen. Alle diese Familien haben eine auffallende und gemeinsame Eigenschaft, daß nämlich die Eltern geistig gesund sind d. h. nicht schizophren. Es können gesunde oder besser gesagt manifest gesunde Elteru die Schizophrenie auf ihre Kinder übertragen und zwar im Verhältnis von drei gesunden Kindern zu einem kranken. Das Merkmal Schizophrenie ist also in diesen gesunden Eltern latent enthalten und vererbt sich rezessiv. Wir lassen einige Beispiele von solchen Familien folgen. Die männlichen Personen sind mit einem hellen Viereck, die weiblichen gesunden mit einem hellen Kreis bezeichnet. Die Schizophrenen sind mit einem dunkel gehaltenen Viereck oder Kreise bezeichnet, je nachdem es sich um eine männliche oder weibliche kranke Person handelt, und zwar schreiten wir von den ältesten links zu den jüngeren nach rechts fort.



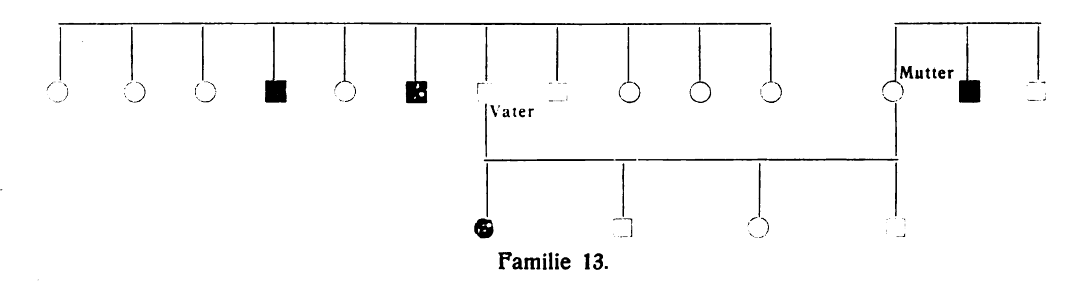
Familie 3.

In Familie 3 ist die zweitälteste Schwester seit dem 14. Jahre schizophren, ist gegenwärtig 26 Jahre alt. Ein Bruder der Mutter und zwei Schwestern des Vaters leiden an der gleichen Geistesstörung. Verhältnis der gesunden und kranken Kinder 3 : 1. Erbformel: DR . DR = DD, DR. RD, RR. DD ist homozygot gesund, DR und RD sind heterozygot gesund, RR ist schizophren.



Familie 4.

In Familie 4 ist der jüngste Sohn schizophren, ebenso ein Bruder des Vaters. Über die Geschwister der Mutter sind keine Angaben erhältlich.

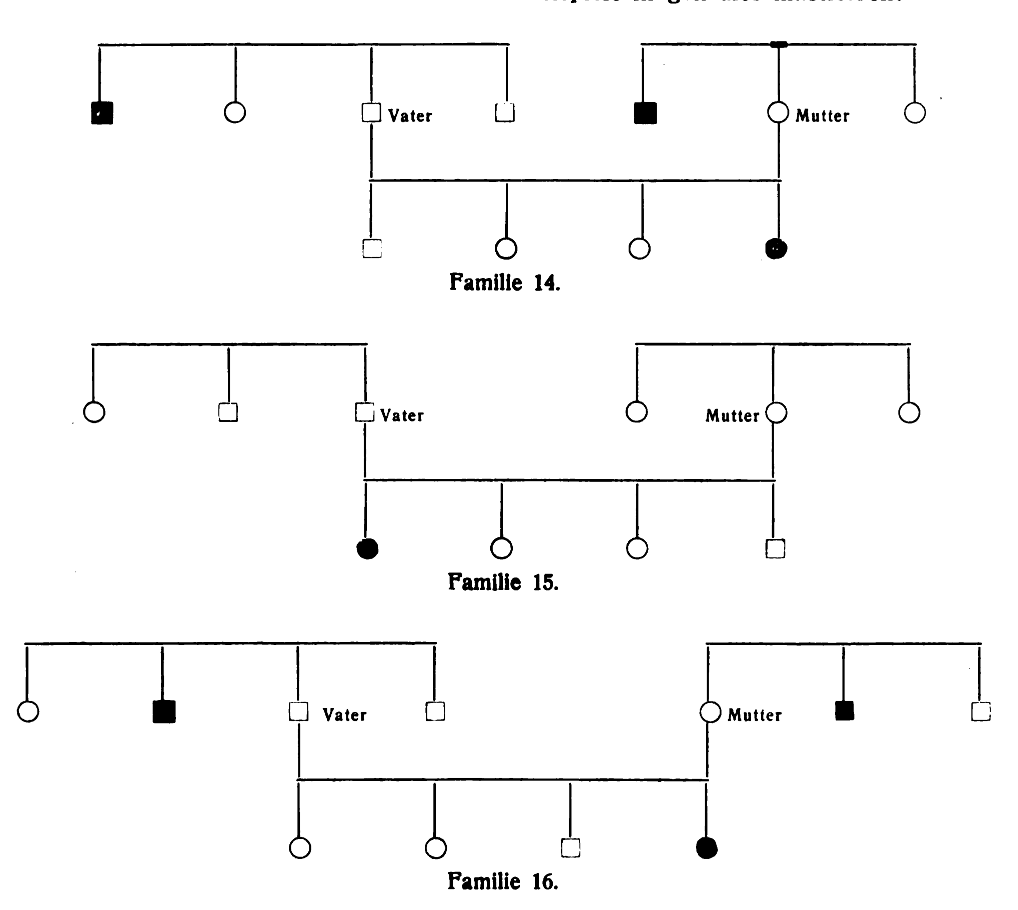


Familie 13.

In Familie 13 ist von 4 Geschwistern die älteste Tochter geisteskrank (schizophren). Der Vater hat 10 Geschwister, wovon 2 schizophren, die Mutter hat 2 Brüder, wovon einer schizophren. Verhältnis der gesunden und kranken Kinder 3 : 1. Die 3 jüngsten Geschwister des Vaters sind jung gestorben.

seit Jahren verblödet. Beide Eltern gesund, über die Geschwister der Eltern waren keine brauchbaren Angaben zu erhalten. Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister 3 : 1.

In den Familien mit 8 Kindern muß sich dieses Verhältnis ebenfalls nachweisen lassen. Einige Beispiele mögen dies illustrieren:

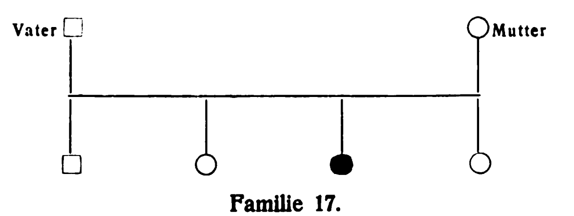


In Familie 14 ist das jüngste Geschwister im Anschluß an eine Schwangerschaft schizophren geworden. Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister 3 : 1. Vater hat 3 Geschwister, wovon ein Bruder schizophren, ebenso ein Bruder der Mutter.

In der Familie 15 ist die älteste Tochter schizophren. Bei den Geschwistern der Eltern angeblich keine Geistesstörungen.

In Familie 16 ist das jüngste Geschwister erkrankt. Es leidet seit Jahren an der paranoiden Form der Schizophrenie. Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister 3 : 1. Ein Bruder des Vaters und der Mutter psychotisch.

In Familie 17 ist das zweitjüngste Geschwister



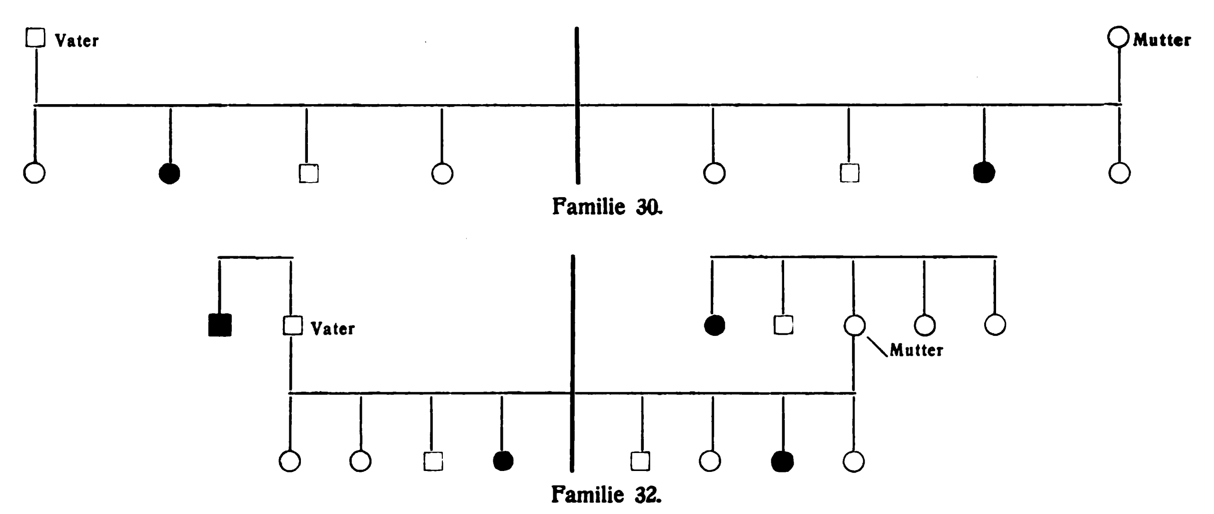
Familie 17.

In Familie 30 mit 8 Geschwistern wiederholt sich dasselbe Verhältnis wie bei den Familien mit 4 Geschwistern. Oberholzer hatte in der Pfingstversammlung der Schweizer Psychiater 1913 darauf aufmerksam gemacht, daß man die Geschwister dem Alter nach, also von links nach rechts, in Vierergruppen einteilen könne, alsdann wiederhole jede Gruppe wieder das Verhältnis von drei gesunden Geschwistern zu einem Kranken.



Wir können diese Erfahrungen von Oberholzer für einige Familien bestätigen. In der Familie 30 sind die beiden Vierergruppen durch einen senkrechten Strich getrennt.

ausscheiden und der schizophrene nur kranke, nach der Erbformel DD . RR = DR, DR, DR, DR. Alle Kinder sind demnach gesund, sie sind aber heterozygot, die Anlage zur Schizophrenie ist in ihnen latent vorhanden. Ist der gesunde Elter aber

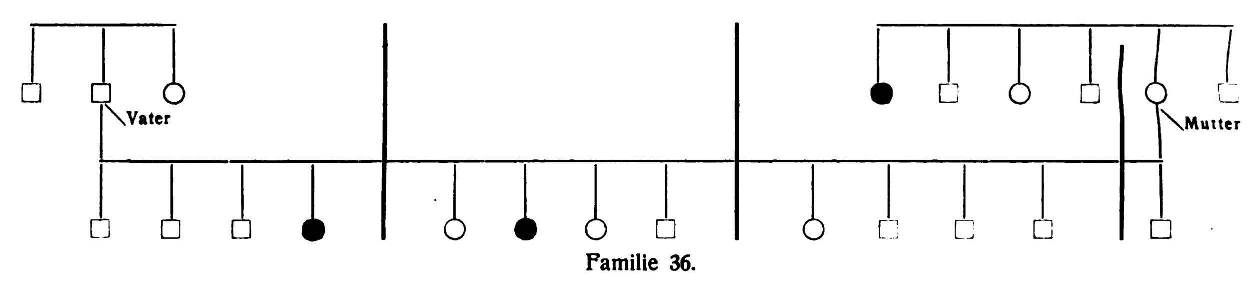


Familie 30.

Familie 32.

In der Familie 32 haben wir wieder das Verhältnis von 6 gesunden Geschwistern zu 2 Kranken oder von 3 : 1. Die beiden Vierergruppen sind durch einen senkrechten Strich getrennt. Ein Bruder des Vaters und eine Schwester der Mutter sind schizophren.

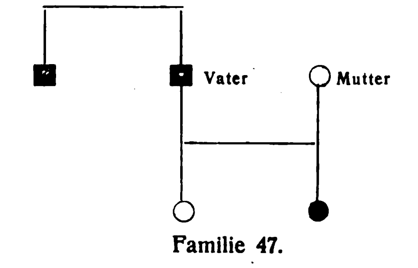
heterozygot, d. h. trägt er die latente Anlage zur Schizophrenie in sich, so lautet die Erbformel: DR . RR = DR, DR, RR, RR. Die eine Hälfte der Kinder bleibt gesund, trägt aber die latente Anlage in sich. Die andere Hälfte wird schizophren. Einige Beispiele mögen das Obige illustrieren:



Familie 36.

In Familie 36 haben wir 13 Geschwister. Durch drei senkrechte Striche sind sie in drei Vierergruppen eingeteilt. In den beiden ersten Gruppen ist bereits je ein Geschwister schizophren, in der dritten Gruppe ist noch kein Fall aufgetreten, die Geschwister dieser Gruppe sind aber alle noch sehr jung und es dürfte auch hier später die Proportion 3 : 1 zu erwarten sein. Vater und Mutter sind gesund, eine Schwester der Mutter schizophren.

Wenn wir nun einige Familien betrachten, wo der eine Elter schizophren, der andere gesund ist, so wird das Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister sich ändern. Ist der gesunde Elter homozygot gesund, so wird er nur gesunde Keime

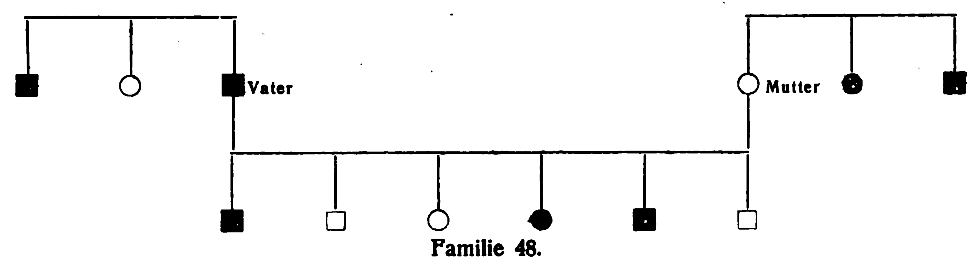


Familie 47.

In Familie 47 sind zwei Geschwister, die jüngere Schwester ist seit Jahren schizophren, die ältere Schwester ist gesund. Der Vater nahm sich in einem schizophrenen Anfall das Leben, ein Bruder des Vaters schizophren. Über die Mutter sind

keine Angaben erhältlich. Das Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister ist 1 : 1.

Eltern schizophren. Der nichtschizophrene Bruder ist jung gestorben.

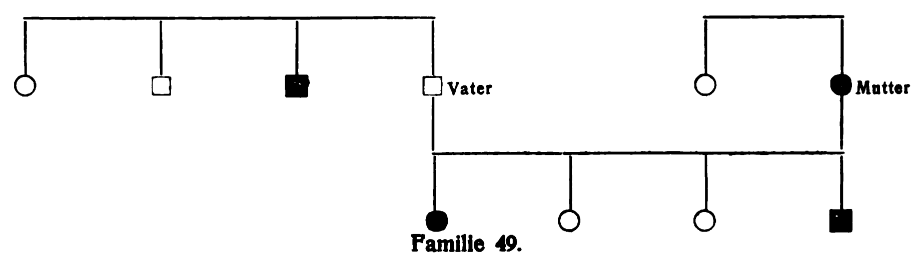


Familie 48.

In Familie 48 sind 6 Geschwister, 3 Geschwister sind gesund, das älteste, das drittjüngste und das zweitjüngste sind schizophren. Die Mutter ist gesund, ein Bruder und eine Schwester der Mutter sind schizophren, ebenso der Vater und ein Bruder des Vaters.

In Familie 68 sind von 5 Geschwistern bereits 5 schizophren. Das jüngste Geschwister blieb bis jetzt gesund. Vater und Mutter, Großvater und Großmutter mütterlicherseits sind schizophren.

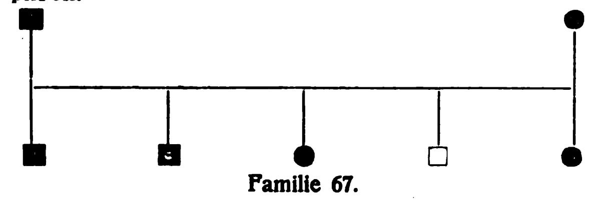
In Familie 46 ist die Mutter seit Jahrzehnten schizophren, der Vater ist offenbar homozygot ge-



Familie 49.

In Familie 49 sind 4 Geschwister, 2 sind gesund und 2 sind schizophren, Verhältnis 1 : 1. Mutter und Bruder des Vaters sind schizophren. Vater ist gesund.

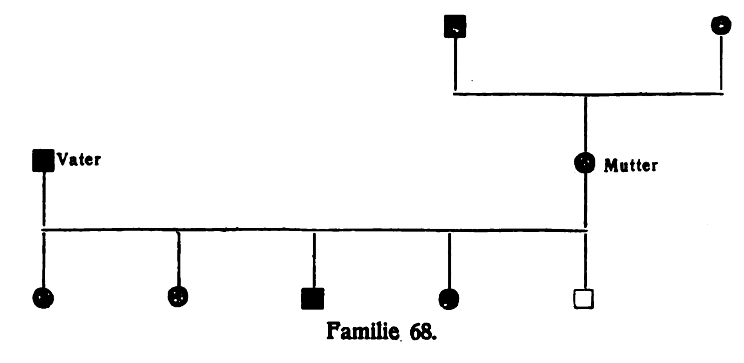
Es bleiben uns noch die Familien zu betrachten, wo beide Eltern schizophren sind. Die Erbformel wird in diesem Falle lauten: RR . RR = RR, RR, RR, RR. Alle Kinder sind in diesem Falle schizophren.



Familie 67.

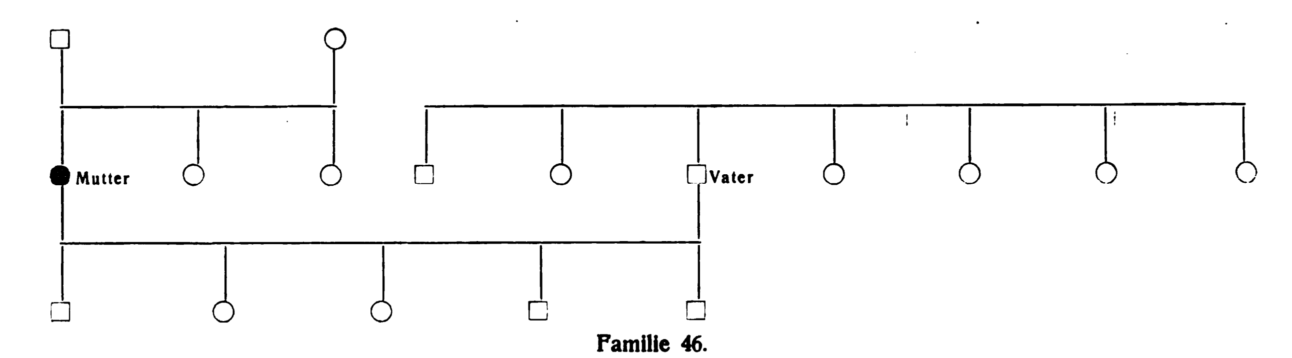
In Familie 67 sind alle 4 Geschwister und beide sund, daher sind alle 5 Kinder gesund, allerdings sind sie heterozygot.

Wir können noch den Fall betrachten, wo heterozygote Eltern ein, zwei oder drei Kinder haben. Es ist klar, daß in diesen Fällen von der Mendelschen Proportion nicht die Rede sein kann, denn dazu gehören ja mindestens vier Kinder. Wir haben gesehen, daß von vier Kindern heterozygoter Eltern bald das erste, zweite, dritte oder vierte an Schizophrenie erkranken kann, das scheint vom Zufalle abzuhängen. Demzufolge kann das einzige Kind gesunder, heterozygoter Eltern erkranken, wovon wir ebenfalls Beispiele besitzen. In diesem Falle können wir dann mit etwelcher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die eventuellen folgenden drei Kinder gesund geblieben wären. Ebenso verhält es sich bei den heterozygoten



Familie 68.





Familie 46.

Eltern mit zwei und drei Kindern, sowie bei den Familien mit fünf, sechs und sieben Kindern.

Sind in einer Familie Kinder in frühem Alter gestorben, so eignen sich diese Familien wiederum nicht für die Mendelsche Analyse, da man ja von den gestorbenen Kindern nicht wissen kann, ob sie als gesund oder als schizophren in Rechnung zu stellen sind.

Bei den heterozygoten Eltern wird hier und da erwähnt, daß sie an Nervosität oder Charakteranomalien und Alkoholismus gelitten hätten. Man könnte nun geneigt sein, diese Nervosität und Charakteranomalien als die äußeren Manifestationen der latenten schizophrenen Anlage zu betrachten, die schizophrene Anlage würde sich also gewissermaßen dadurch verraten. Es sind uns aber eine ganze Reihe heterozygoter Eltern bekannt, die keine Spur von Nervosität oder Auffälligkeiten im Charakter verraten, so daß die obige Annahme in ihrer Allgemeinheit unhaltbar ist. Dagegen hat man oft den Eindruck, daß die im höheren Alter auftretende senile Hirnatrophie die schizophrene Anlage mobilisiere, gleichsam aufrüttle, wodurch dann der senile Verfolgungswahn, überhaupt jene senilen, paranoiden Symptomkomplexe entstehen würden, während die einfache senile Verblödung nur bei den homozygot Gesunden auftreten würde.

Wenn wir unsere Beobachtungen noch einmal kurz zusammenfassen, so gelangen wir zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Schizophrenie verhält sich gegenüber der geistigen Gesundheit rezessiv. Bei dem Zusammentreffen eines gesunden und kranken Keimes entsteht ein geistig gesundes Individuum, die schizophrene Anlage ist latent.
2. Beide Eltern sind heterozygot gesund. Die gesunden und schizophrenen Kinder zeigen das Verhältnis von 3 : 1 (Mendelsche Proportion). Beispiel: Familie 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 32, 36.
3. Ein Elter ist homozygot gesund, der andere ist schizophren. Die Kinder sind alle gesund, aber heterozygot. Beispiel: Familie 46.
4. Ein Elter ist heterozygot gesund, der andere ist schizophren. Die Hälfte der Kinder ist heterozygot gesund, die andere Hälfte ist schizophren. Beispiel: Familie 47, 48, 49.
5. Beide Eltern sind schizophren. Sämtliche Kinder sind schizophren. Beispiel: Familie 67, 68.

Anmerkung.

Bei den Familien mit dem Verhältnis 3 : 1 kommt es vor, daß man trotz eifrigem Suchen auf keine nachweisbare Belastung stößt. Bleuler gibt die Zahl der Schizophreniefälle ohne hereditäre Belastung auf 10 % an. Das wäre nun eine Schizophrenie ohne hereditäre Veranlagung. Wir können aber, theoretisch wenigstens, auch diese anscheinend negativen Fälle auf heterozygote Veranlagung der Eltern zurückführen. Nehmen wir an, daß ein gesunder Mann eine schizophrene Frau heiratet. Aus der Ehe entspringen vier Kinder, alle vier Kinder sind gesund, aber heterozygot. Jedes Kind heiratet in eine gesunde Familie hinein und aus jeder Ehe gehen wieder vier Kinder hervor. Jede folgende Generation heiratet wieder in eine gesunde Familie hinein und aus jeder Ehe gehen wieder vier Kinder hervor. In der fünften Generation sind bereits 1024 gesunde Personen vorhanden und es ist in fünf Generationen kein Fall von Schizophrenie vorgekommen. Trotzdem haben von diesen 1024 gesunden Individuen noch 64 die schizophrene Anlage noch latent in sich. Sobald nun diese letzteren wieder in eine Familie mit latenter Veranlagung hineinheiraten, wird die Schi-



zophrenie wieder manifest. Man würde in diesem Falle gar keine hereditäre Belastung finden, da unsere Nachforschungen sich ja selten bis über die dritte Generation hinaus erstrecken. Wir hätten hier anscheinend einen Schizophreniefall ohne nachweisbare hereditäre Belastung, aber in Wirklichkeit wäre es doch nicht so. Die schizophrene Anlage würde nur dann ganz sicher aus der obigen Familie verschwinden, wenn jene 64 kinderlos bleiben würden. Wir können nicht etwa annehmen, daß durch die lange Latenzzeit die krankhafte Veranlagung sich abschwächen oder verschwinden würde. Wenn aber die krankhafte Veranlagung durch viele Generationen hindurch sich latent erhalten kann, warum gibt es dann nicht viel mehr Schizophrene ohne nachweisbare hereditäre Belastung? Der Grund liegt wohl darin, daß es keine Bevölkerung gibt, wo nur homozygot gesunde Individuen vorhanden sind, so daß heterozygote Individuen immer nur mit homozygoten sich verheiraten könnten, wie wir im obigen Beispiele vorausgesetzt haben. Es werden vielmehr im Laufe der Generationen Heterozygoten auf Heterozygoten treffen, so daß bald in dieser, bald in jener Generation Schizophrenie auftritt.

Kriegspsychosen.

Von Oberarzt Dr. **Wern. H. Becker,** Landesirrenanstalt Herborn, Reg.-Bez. Wiesbaden.

Es dürfte vielleicht von einigem Interesse sein, die Frage zu erörtern, inwiefern die jetzige Kriegszeit Einfluß auf die Zahl und die Art der Geistesstörungen gewonnen hat, oder ob der Irrenarzt in dieser so manches, was vorher als konstant galt, erheblich verändernden Epoche keinerlei Unterschied festzustellen vermag.

Zunächst hat ja leider die Erfahrung gelehrt, daß man mit einem kleinen Prozentsatz von geistigen Störungen im zu Felde gezogenen Heer zu rechnen hat. Es wäre ja im Gegenteil verwunderlich, wenn Strapazen und Überanstrengungen, Hunger und Durst, Hitze und Kälte, Nässe und gewaltsam zurückgehaltenes Ruhe- und Schlafbedürfnis, dazu die Gemütsbewegungen elementarster Art, ich meine, wenn diese Faktoren, die im Kriege alle möglichen Organe der Soldaten schädigen, nicht auch gelegentlich Seelenstörungen hervorrufen würden. Das schwächste Organ, der Locus minoris resistentiae, erkrankt immer zuerst,[1]) und, wo die Psyche bereits labil war, vielleicht durch endogene oder exogene Schädigung belastet war, da entsteht die Psychose. Der geistig vollkommen Gesunde, der auch weder durch Gifte des Zentralnervensystems noch durch erbliche Belastung prädisponiert wurde, erkrankt auch durch die Kriegsstrapazen nur in sehr seltenen Fällen. Es müßten ihn dann schon im Felde ganz besondere, spezifisch das Gehirn stark schädigende Traumen körperlicher oder seelischer Art treffen, wie ich am Schluß dieser Zeilen noch kurz einen Fall schildern will. So ist es auch erklärlich, daß Geisteskrankheiten bezw. -störungen im deutschen Heer bei dem Hererofeldzug relativ häufig[2]) waren, da unsere Rasse in einem fremden Klima (Insolationsgefahr!) kämpfen mußte; dazu haben dann wohl heftige Gemütsbewegungen (bestialische Grausamkeiten der schwarzen Gegner, Heimweh) noch das Ihrige getan. Im gegenwärtigen Kriege wird hoffentlich der Prozentsatz an Seelenstörungen unserer Soldaten eine gewisse als Norm anzusehende Ziffer nicht übersteigen. Ich will mich an dieser Stelle auch nicht weiter mit den Geisteskrankheiten im Heere befassen, denn das ist die Domäne derer, denen die hehre Aufgabe zugefallen ist, in Offiziersrang und -uniform unser siegreiches Heer auf seinem Zug zu begleiten und ärztlich zu beraten. Auch

[1]) Das trifft wenigstens zu bei gleichmäßiger Schädigung des gesamten Körpers; sonst wird das Organ am ehesten reagieren, das am meisten von dem stimulus betroffen wird; Kälte, Nässe, Märsche usw. schädigen das Gehirn wenig, Hitze, besonders Sonnenbrand, Gemütsbewegungen, Schlafinhibierung u. dgl. dagegen sehr. Im ganzen genommen kann man also wohl sagen, daß das Gehirn ebensoviel oder ebensowenig den Kriegsstrapazen ausgesetzt ist, wie die anderen lebenswichtigen Organe.

[2]) Ich entnehme diese Tatsache den „Mäßigkeitsblättern", in denen die Mitteilung eines serbischen Irrenarztes wiedergegeben wird. Dieser das deutsche Heer offenbar durch die Brille des Panslawismus betrachtende Herr rechnet aus, wie wenig Serben im letzten Balkankriege geistig erkrankt wären, wie viele Deutsche dagegen im Hereroaufstande. Statt nach den naheliegenden, von mir oben skizzierten Gründen zu suchen, schiebt er die Schuld skrupellos auf den Alkohol. Mag das deutsche Volk manche Alkoholsünde auf dem Kerbholz haben, unser kriegführendes Heer ist erhaben über diesen nichtswürdigen und verläumderischen Anwurf!

unter ihnen befinden sich ja heutzutage genügend spezialistisch vorgebildete Psychiater.

Aber unter der zurückbleibenden, teils mit Bangen, teils mit froher Zuversicht unserem braven Heere nur im Geiste folgenden Zivilbevölkerung, wie steht es da, gibt es da auch Kriegspsychosen? — Gewiß, denn die Gemüter werden auch hier, besonders bei schweren Verlusten Nahestehender, heftiger oder wenigstens häufiger bewegt, Nahrungssorge und Entbehrung ist auch hier in manche Familie eingekehrt und manche Distrikte, z. B. Ostpreußen, haben trotz fehlender Waffe ebenso unter den Kriegsgreueln zu leiden gehabt wie das Militär. Dennoch hat wohl jede Anstalt, die nicht direkt aus diesen schwer heimgesuchten Gebieten ihre Kranken bekommt, wenigstens im August, eine geringere Zahl von Aufnahmen gehabt als sonst. Das lag an den äußerst beschränkten Verkehrsverhältnissen, an der Notwendigkeit für die Angehörigen, sich um Näherliegendes, als der Transport des Kranken in die Anstalt für sie bedeutete, zu kümmern und endlich einem dritten Punkt, den Lungwitz[3]) kürzlich in der „Modernen Medizin" ganz treffend beleuchtet hat. L. spricht da von den Erkrankungen des Zentralnervensystems, welche unser Grenzgebiet bilden, von der Neurasthenie, der Hysterie, den leichten Depressionszuständen u. dgl. und meint mit Recht: „Und nun trat plötzlich der gewaltige Kriegsgott an unser Volk heran, der große Arzt, der uns mit einem Schlage an die unter den heiteren Tagen des Friedens begrabene Körperkraft erinnerte, der uns das sicherste Rezept gab, wie den viel zu vielen Kulturkranken und -kränklichen von heut auf morgen auf die Beine geholfen werden kann. . . . Und so gingen die zahlreichen kleinen gesundheitlichen Sorgen des einzelnen auf in der Sorge um das Gesamtwohl, und die Neurasthenie des Friedens, deren mannigfache Erscheinungen wir ja zur Genüge gewohnt sind, verschwand vor der ungeheuren Größe der Gefahr, vor der ungeheuren Größe der Aufgabe."

Das trifft aber natürlich nur für jenes Grenzgebiet zu, nur da, wo der eigene Wille des Kranken noch psychotherapeutisch die aufkeimende psychische Störung zurückzudrängen und zu ersticken vermag, nicht aber für die eigentlichen Psychosen. Wie sehr letztere aber durch die Gefahr der feindlichen Invasion ein besonderes Gepräge erhalten kann, dafür sah ich kürzlich ein typisches Beispiel; die Krankengeschichte mag hier — gekürzt — Platz finden, zumal dieselbe auch aus anderen Gründen ein allgemeineres Interesse beanspruchen dürfte.

Am 15. August d. Js. wurde uns eine 49 jährige Landwirtsehefrau aus W. vom Ehemann zugeführt unter Angabe folgender anamnestischer Daten. Patientin sei immer gesund gewesen, habe in der Schule gut gelernt, mit 22 Jahren geheiratet, sei aber wegen irgendeiner Unterleibsabnormität, die nie Beschwerde gemacht habe und über deren Natur sich die Ärzte nicht einig gewesen wären, kinderlos geblieben. Im Mai 1913 Unfall durch Fall vom Wagen, Schlag auf Kopf und Seite. Neuntägiger Aufenthalt in der chirurgischen Universitätsklinik zu G. Im August Ablehnung einer Rentenbewilligung durch die Berufsgenossenschaft; gleichzeitig 6. bis 9. August letzte Menstruation. Im November 1913 Zittern an Armen und Beinen. Abnahme des Gewichts. Diese Symptome verschlimmerten sich erst, besserten sich dann allmählich etwas wieder. Mit Kriegsausbruch noch einmaliger Eintritt der Menstruation und Wiederverschlimmerung der nervösen Symptome, gleichzeitig Verwirrtheit mit vermehrtem Rededrang. In all ihren Reden spielten „die Franzosen" stets eine große Rolle, einmal rief sie auch nachts ihren Mann wach, er solle einmal gucken, da käme ein französisches Luftschiff. — Körperliche Statusaufnahme wurde einstweilen wegen erheblicher Unruhe der Patientin aufgeschoben, nur ein erheblicher Kropf der Patientin ad notam genommen. Sprach dann den ganzen ersten Tag davon, daß die Franzosen kämen, daß man sie doch schützen sollte; ob wir Engländer wären oder Russen; dann wieder betete sie. Dazwischen stärkere motorische Unruhe, warf die Bettstücke durcheinander. Erhielt abends $^{6}/_{10}$ einer $1\,^{1}/_{2}$%igen Morphin- und $^{1}/_{4}$%igen Skopolaminlösung. Schlief darauf bis 3 Uhr morgens, dann wieder allmähliche Zunahme der Erregung. Kam ins Dauerbad, redete wieder in wirrer Weise von Franzosen und von Kriegsnot. Um 10^{45} Uhr vormittags trat plötzlich in der Badewanne der Tod ein. Nicht richtige Temperierung des Badewannenwassers ist wegen der um 9^{30} stattgefundenen Kontrolle durch den Abteilungsarzt und der sofort bei der Katastrophe geschehenen Nachprüfung durch die Oberpflegerin völlig ausgeschlossen. Um 11^{10} Uhr nahm Verfasser die Leichenschau vor und fand bereits völlig ausgeprägte Leichenstarre. Trotz mangelnden Personals im Obduktionshause — unsere Pfleger waren damals auf etwa $^{1}/_{3}$ ihrer numerischen Stärke reduziert — wurde von einer Sektion in diesem Falle

[3]) Lungwitz, Kriegskrankheit. Moderne Medizin 1914 Nr. 9. Berlin, Adlerverlag.

nicht Abstand genommen. Die Autopsie ergab: Herz ziemlich intakt, nur ein wenig vergrößert und beginnende braune Atrophie zeigend. Hinter dem Brustbein ein 56 ½ g schwerer Thymus, dessen Persistenz bei der 49 Jahre alten Frau im Verein mit den klinischen Symptomen des plötzlichen Herztodes und der starken Schilddrüsenhypertrophie wohl die Diagnose Status thymicus sive lymphaticus sicherte. Als Todesursache wurde „Herzlähmung" gebucht.

Wir sahen also bei einer in den Wechseljahren stehenden Frau eine Psychose ausbrechen, für die verschiedene Ursachen heranzuziehen sind: erstens der Kopfunfall, zweitens die Stoffwechselstörungen, die die erkrankte Schilddrüse verursachte, und drittens das Klimakterium, dem hier vielleicht noch wegen des letzten Erlöschens der Hoffnung auf Leibesfrucht eine besondere Bedeutung zufällt. Eine der drei Ursachen muß uns häufig genügen, wenn wir nach den Krankheitsursachen bei unseren Geisteskranken forschen. Zum Überfluß kommt hier als vierte Ursache noch der Kriegsausbruch hinzu, und das zeitliche Zusammenfallen mit den großen politischen Ereignissen sowie der ganze Inhalt der Wahnideen täuscht uns die Annahme vor, als ob die vierte Ursache fast allein den Übergang von geistiger Gesundheit zur Psychose bewerkstelligt hätte. Und in der Tat, unsere Altvorderen, die die Symptomenkomplexe einer Geisteskrankheit vornehmlich in dem Inhalt der Wahnideen suchten und so von einem „religiösen Wahn", einem „Kaiserwahn" usw. sprachen, würden obigen Fall sicher als einen typischen Fall von „Kriegswahn" diagnostiziert haben. Die heutige Psychiatrie diagnostiziert anders.

Welche Diagnose denn nun? —

Bei der todbringenden Wirkung, welche offenbar Dysfunktion von Thyreoidea und von persistierender Thymus ausgeübt haben, könnte man geneigt sein, an das thyreogene Irresein zu denken, aber das Krankheitsbild paßt in keine der drei Kategorien: Myxödem, Kretinismus, Basedowpsychose. Der Kopfunfall könnte dann auf eine traumatische Psychose hindeuten, die aber auch wieder weder klinisch noch pathologisch-anatomisch fundiert scheint. Wenn ich nicht als Schüler Cramers mir damit helfe, daß ich einfach eine „akute halluzinatorische Verwirrtheit" mit zufälligem Ausgang in Thymustod hier annehme, so muß ich schon mich entweder für eine Involutionsmelancholie entscheiden, von der wir hier fast nur einen Zustand, der als Raptus melancholicus aufzufassen wäre, zu beobachten Gelegenheit hatten, oder ich muß die Psychose zu den paranoiden Erkrankungen im Sinne Kraepelins[4]) rechnen. Dabei kommt die Beschreibung, die genannter Autor von dem „präsenilen Beeinträchtigungswahn" gibt, vielleicht unserm Krankheitsbilde am nächsten, wenn nicht Kraepelin selber im Hinblick auf die Seltenheit der von ihm inaugurierten Erkrankung den Fall lieber in das manisch-depressive Irresein einzureihen geneigt wäre.

Wir sehen also: eine Krankheit sui generis, die wir als Kriegspsychose bezeichnen könnten, gibt es nicht. Wohl aber können wir uns Fälle denken, die fast ausschließlich durch die exogenen Schädlichkeiten des Krieges zustande kommen, ohne nennenswerte andere Ursachen — also ganz im Gegensatz stehend zu meinem soeben wiedergegebenen Fall. Wenn ich da z. B. lese, daß die Nationalzeitung vom 29. September erzählt, der bei Ausbruch des Krieges in Brüssel verhaftete Berliner Schriftsteller O. B. sei erst ins Brüsseler, dann ins Antwerpener Zuchthaus gebracht worden, dort endlich von seiner opfermutigen Tochter „vollkommen ergraut und herabgekommen, am ganzen Körper mit Beulen und blauen Flecken bedeckt, die durch Schläge entstanden sind, die ihm täglich verabreicht wurden", erlöst wurde — so brauche ich wohl keine weiteren exogenen, auch keine endogenen Schädigungen anzunehmen, zumal hinzugefügt wird: „Er erzählt außerdem, daß er unter unablässigen Todesdrohungen stand und daß die diensthabenden Offiziere oft mehrmals befahlen, Gewehre gegen ihn in Anschlag zu bringen, so daß er wiederholt glaubte, dem Wahnsinn zu verfallen. Man scheint es auch darauf angelegt zu haben, ihn um den Verstand zu bringen, schon um sein Zeugnis über seine Erlebnisse für die Zukunft zu entwerten." Er wurde mit Mühe, schwerkrank und in bejammernswertem Zustand, nach Aachen in ein Sanatorium gebracht. Selbstverständlich hätte man den Armen schließlich zur Psychose treiben können. Das wäre dann eine richtige Kriegspsychose? — Nein, auch sie hätte sich zwanglos in die uns bekannten Rubriken unterbringen lassen, vielleicht in die paranoide Erkrankung, die Kraepelin den „Verfolgungswahn der Gefangenen" nennt. Doch der Fall ist ja noch nicht spruchreif und wird es hoffentlich auch nie. Wünschen wir vielmehr, daß der in weiten Kreisen bekannte Journalist diesem Schicksal

[4]) Kraepelin, Über paranoide Erkrankungen. Zeitschrift für die gesamt. Neurologie und Psychiatrie 1912 Bd. XI Heft 5. J. Springer.



entgeht und daß es der feindlichen, in Belgien anscheinend besonders stark grassierenden Brutalität überhaupt nicht gelingt, den Prozentsatz unserer Geisteskranken im Heer und in der sonst vom Kriege mitbetroffenen Bevölkerung auf diese teuflische Weise zu erhöhen.

Mitteilungen.

— **Verein zur Fürsorge für Geistesschwache.** Dem Bericht über das Jahr 1913/14 sei entnommen: Am 1. April 1913 betrug die Zahl der Zöglinge im Erziehungs- und Pflegeheim 34, dazu kamen im Laufe des Jahres 7, nämlich 3 männliche und 4 weibliche. Von den 39 Zöglingen wurden dem Heim von Behörden der Stadt Lübeck überwiesen 21, aus dem Fürstentum Lübeck durch den Landesvorstand 5, und für 13 Kinder zahlten die Eltern das Kostgeld. Im verflossenen Jahre hat die Anstalt durch dankenswertestes Entgegenkommen der Behörde eine sehr erfreuliche Vergrößerung erfahren. Eine größere Fläche kultivierten Landes, für die Beschäftigung und Belehrung der Zöglinge ungemein wichtig, ist hinzugekommen und eine große Baracke der früheren Heilanstalt für Geisteskranke. Am 1. Oktober 1913 wurden diese Räume mit dankbarem Herzen von Kindern und Personal bezogen. Es fanden hier Platz: Erste Knabenstation, Pflegeabteilung und die Schule. Ein Spiel- und Beschäftigungsraum, wie man ihn sich geräumiger nicht wünschen kann, war nun vorhanden. Dieser Raum dient auch gleichzeitig der Schule neben einem anderen genügend großen Zimmer in der neuen Baracke. Den Unterricht besuchten im verflossenen Jahre 22 Zöglinge und 2 Tagesgäste. Ihn erteilten eine Lehrerin und der Leiter der Anstalt. Der Gesundheitszustand der Zöglinge war nach Bericht des Hausarztes, Herrn Dr. med. Fritz Eschenburg, ein ziemlich günstiger. Die Kassenverhältnisse haben sich auch im vergangenen Jahre günstig gestaltet. Die Aufwendung für den Betrieb unseres Heims in der Klosterstraße erforderte 18 943,92 M gegen 16 986,71 M im Vorjahre. Die Einnahme betrug 31 872,42 M gegen 20 689,68 M im Vorjahre. Diese Mehreinnahme verdanken wir besonders den beiden Legaten, 10 000 M aus dem Nachlaß des Herrn Jäde und 2000 M aus dem Nachlaß der Frau Fabricius, sowie mehrfachen Geschenken und Zuwendungen. Der Vorstand des Vereins zur Fürsorge für Geistesschwache wird zur Zeit gebildet aus den Herren: Hauptpastor Reimpell, Vorsitzender; Bürgermeister Dr. Langenheim, Stellvertreter des Vorsitzenden; Medizinalrat Dr. Riedel; Mittelschullehrer E. Voß; Konsul Dimpker, Kassenführer; Senator Kulenkamp; Hauptlehrer Strakerjahn; Pastor Tegtmeyer und Dr. med. O. Meyer.

— **Organisation der Privatkrankenpfleger.** Das Kriegsministerium hat im Verfolge des unter diesem Betreffe in der Tagespresse veröffentlichten Artikels angeordnet, daß zur tunlichsten Behebung der Arbeitslosigkeit die unentgeltliche Arbeitsleistung in den Reservelazaretten einzuschränken und an Stelle der abgehenden Pflegekräfte berufsmäßiges Privatkrankenpflegepersonal anzustellen sei. Die stellvertretenden Intendanturen werden demnächst durch die Presse zu Anmeldungen bei näher zu bezeichnenden Annahmestellen auffordern.

— **Krieg und Wahnsinn.** Zur Zeit der Balkankriege war des öfteren die Rede von den zahlreichen Geistesstörungen, die in den Heeren der kriegführenden Balkanstaaten vorkamen. Erfreulicherweise scheint es, daß der gegenwärtige europäische Krieg einen weit geringeren Prozentsatz von wirklichen Irrsinnsfällen zeitigt als die erwähnten Feldzüge. Wie der „Zeit" ein namhafter Psychiater und Professor für Nervenkrankheiten mitteilt, hat man in Wien an zurückgekehrten kranken Soldaten zwar ziemlich viele Nervenfälle, aber nur wenige wirkliche Psychosen konstatiert. Es ist eine Reihe von leichteren, rasch vorübergehenden hysterischen Psychosen festgestellt worden; die günstigen Fälle sind in der Mehrzahl. Die betroffenen sind größtenteils Leute, die schon vorher psychopathisch veranlagt und zu solchen Erkrankungen besonders disponiert waren. Die Psychosen sind teils durch Entbehrungen und Strapazen, die der Feldzug mit sich bringt, teils aber durch den Einfluß der Schrapnellschüsse verursacht worden. Es ist nicht so sehr das Getöse der Schrapnellschüsse wie die durch sie bewirkten Erschütterungen, die besonders bei hysterisch veranlagten Personen bisweilen Psychosen hervorrufen — man bedenke, daß diese Erschütterungen manchmal so heftig sind, daß die Soldaten bewußtlos hingeschleudert werden. Die auf diesem Gebiete im Kriege 1914 bisher gesammelten Resultate lassen natürlich noch keine abschließende Betrachtung zu.

Buchbesprechungen.

— Roller, Dr. P., Chefarzt der Kropper Heil- und Wohltätigkeitsanstalten: Die Untersuchung des Geisteskranken. Alt-Hochesche Sammlung zwangloser Abhandlungen v. Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. X Heft 7/8. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Das Büchlein bringt kaum etwas Neues, es stellt nur bereits Bekanntes recht geschickt zusammen. Es beginnt mit einer praktischen Psychologie, die sich an Ziehensche Lehren anlehnt, letztere aber recht prägnant und kurz wiedergibt. Eine empfehlenswerte Lektüre für den, der sich rasch über die Ziehensche Theorie, insbesondere die Assoziationslehre, orientieren will. Eine Menge der modernen psychiatrischen Termini technici finden dabei eine knappe, aber ausreichende

Erklärung. Nachdem hiermit etwa ein Drittel des Heftes ausgefüllt ist, sind die anderen zwei Drittel den einzelnen körperlichen und psychischen Untersuchungsmethoden gewidmet, und zwar etwa so, wie wir es im Cimbal finden, nur nicht so eingehend und ohne Abbildungen, aber doch in brauchbarer Form. „Ein System der Geisteskrankheiten ist absichtlich unterblieben", wie R. auch bereits im Vorwort ankündigt. Demgemäß bringt der Text relativ sehr wenig Hinweise auf die Diagnosen. Wenn aber Verfasser sein kleines Buch als Führer für junge, angehende Psychiater gedacht hat, die sich mit ganzer Liebe in ihrem Beruf einleben wollen, so glaube ich, daß seine Schrift dem Zweck entspricht, und ich kann ihr nur eine entsprechende Verbreitung wünschen. Wern. H. Becker-Herborn.

Scharnke, Dr., Oberarzt im 5. Westfälischen Infanterieregiment Nr. 53, kommandiert zur Klink: Zur Behandlung des Delirium tremens. Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Straßburg, Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenberg. (Münch. med. Wochenschr. 1914 13.)

Die vielfach zur Behandlung des Delirium tremens empfohlenen Dauerbäder bewirken Erschlaffung der Herztätigkeit, so daß ihre Anwendung nicht angezeigt ist, weil bei Delirium tremens in der Regel neben beträchtlicher Pulsbeschleunigung und Agitation eine hochgradige Erschöpfung besteht. Die Patienten erhielten grundsätzlich vom ersten Tage ab ein Digitalispräparat, meist dreimal täglich 20 Tropfen, im Bedarfsfalle eine größere Dosis Digalen per os. Ferner erhielt jeder Patient je nach der Konstitution 1 bis 2 g Veronal; während die Darreichung von Digalen meist keine Schwierigkeiten bot, mußte das Veronal in der Regel in alkoholischer Aufschwemmung, z. B. in einem Gläschen Sherry, gegeben werden. Größere Mengen Alkohol, und zwar dreimal täglich 1/4 Liter Sherry, mit Digalen und Veronal wurden nur in jenen Fällen gegeben, wo die Kranken trotz schärfster Erschöpfung jede Nahrungsaufnahme verweigerten. Bisweilen gelingt es auch, den Kranken reichlich Milch einzuflößen, wenn einer ersten kleinen Portion etwas Kognak oder Sherry zugesetzt wird. Selbst wenn es nicht gelang, mit 1 bis 2 g Veronal eine genügende Beruhigung zu erzielen, wurde die Isolierung dem Dauerbade vorgezogen, weil dieses das Auftreten von schwerem Kollaps begünstigt. Durch die prinzipielle Darreichung des Digalens wird anscheinend die Dauer des Deliriums abgekürzt und es waren die meisten Deliranten spätestens am dritten Tag völlig klar. Es genasen sämtliche 23 in der angegebenen Weise behandelten Fälle von Delirium tremens, trotzdem es sich vielfach um sehr schwere Komplikationen — Kopfverletzung, Myokarditis, Lungenentzündung, schwere Knochenbrüche — handelte, in einem Falle von schwerer Knieverletzung erfolgte nach überstandenem Delirium Exitus durch Lungenembolie. (Berl. klin.-therap. Wochenschr., 14. Sept. 1914.)

— Trömner, E. (Hamburg), und Jakob, A. (Hamburg-Friedrichsberg): Epidiphtherische Bulbärlähmung. (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. XV.) Berlin 1913, Verl. von Jul. Springer.

Krankengeschichte eines achtjährigen Mädchens, das im Anschluß an Diphtherie unter den Folgen einer Bulbärlähmung ad finem kam. Die mikroskopische Untersuchung zeigte in der Hauptsache subakute entzündliche Veränderungen, die sich auf die Gefäße und deren Umgebung beschränkten, und so im gleichen Sinne das zentrale wie periphere Nervensystem in eben nur ganz bestimmter Lokalisation befallen hatten; der pathologische Prozeß war rein toxischer Natur bei elektiv dazu disponiertem Gebiete. Das Befallensein der Nerven und des Zentralorgans hat als unabhängig voneinander stattgehabt zu gelten; im vorliegenden Fall waren die bulbären Kerngegenden anscheinend etwas schwerer getroffen. Heinicke-Großschweidnitz.

Therapeutisches.

— **Schlafmittel.** Die Kritik der schlafauslösenden Mittel ist schwer, da das suggestive Moment hier gar sehr mitspricht. Um den Idealforderungen eines Schlafmittels nahe zu kommen, muß man verlangen: schnelle Schlafwirkung, sicheres Eintreten von Schlaf, einen ruhigen und traumlosen Schlaf, das Gefühl des Ausgeschlafenseins am anderen Morgen und möglichst Fehlen posthypnotischer Zustände. Andererseits versagen oft auch die bewährtesten Mittel bei längerem Gebrauch, so daß jedes neue Hypnotikum zu begrüßen ist, wenn es immer obigen Anforderungen entspricht. Von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel ist unter dem Namen „Dial-Ciba" ein neues Schlafmittel in





die Therapie eingeführt worden, über welches bereits mehrere Abhandlungen erschienen sind.

Dial ist Diallylmalonylharnstoff, steht also in seiner Konstitution den bekannten Derivaten der Barbitursäure nahe, ist aber bedeutend stärker in der Wirkung. Zur Erzielung eines ca. 8 stündigen traumlosen Schlafes genügt 1 Tablette = 0,1 Dial, welches meist in viel heißem Tee (z. B. Orangenblütentee) gereicht wird. Bei Erregungszuständen und Psychosen werden größere Dosen verabreicht, 0,2 bis 0,3. Auch bei diesen großen Dosen sind selten posthypnotische Erscheinungen beobachtet worden. Ein großer Vorteil ist neben der praktischen Dosierung der niedrige Preis, der das Mittel besonders für Kliniken und Lazarette geeignet scheinen läßt. Wichtig bei allen Schlafmitteln ist, daß man sie mindestens zwei Stunden vor dem Zubettegehen reicht; auf diese Weise ist man sicher, daß der Schlaf nicht unterbrochen wird, bevor die Wirkung des Schlafmittels ausgeklungen ist.

Personalnachrichten.

— **Provinz Hannover.** In dem Ärztepersonal der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen eingetreten:

Zum 1. Juli d. Js. wurde an Stelle des verstorbenen Direktors Dr. Völker, der bisherige Oberarzt der Anstalt Hildesheim Dr. Mönkemöller zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pfleganstalt in Langenhagen ernannt. Infolgedessen wurde Oberarzt Dr. Schröder von Lüneburg nach Hildesheim versetzt. Die dadurch freigewordene Oberarztstelle in Lüneburg wurde dem Oberarzt Dr. Schütte, bisher in Osnabrück, übertragen. In dessen Stelle wurde Oberarzt Dr. Tintemann von Göttingen nach Osnabrück versetzt. Die dadurch freigewordene Stelle eines Oberarztes in Göttingen wurde durch den Abteilungsarzt Dr. Stolzenburg aus Lüneburg besetzt. Abteilungsarzt Dr. Wendenburg in Osnabrück ist zum Stadtarzt in Bochum erwählt und demzufolge aus dem Provinzialdienst entlassen.

— **Provinz Brandenburg.** Unter den Irrenärzten der Brandenburgischen Provinzialverwaltung sind im letzten Halbjahr folgende Veränderungen eingetreten:

Den Brandenburgischen Provinzialdienst haben verlassen die Ärzte Dr. med. Allendorf von der Anstalt für Epileptische in Potsdam am 1. Mai 1914; Dr. med. Goren von der Landesirrenanstalt Sorau am 1. August 1914.

Befördert wurden:

a) zum Direktor der Landesirrenanstalt Landsberg der I. Oberarzt dieser Anstalt Dr. med. Marthen am 1. Oktober 1914;

b) zum I. Oberarzt der Oberarzt Dr. med. Schmidt, Landesirrenanstalt Sorau, am 1. Oktober 1914;

c) zu Oberärzten: die Ärzte Dr. med. Liebert, Idiotenanstalt Lübben, am 1. April 1914, Dr. med. Liehr, Landesirrenanstalt Teupitz, am 1. Oktober 1914, Dr. med. Rein, Landesirrenanstalt Landsberg, am 1. Oktober 1914, Dr. med. Claus, Landesirrenanstalt Neuruppin, am 1. Oktober 1914, Dr. med. Loder, Landesirrenanstalt Neuruppin, am 1. Oktober 1914;

d) zu Anstaltsärzten: die Assistenzärzte Dr. med. Henrich, Trinkerheilstätte Waldfrieden, am 1. April 1914, Dr. med. Hellwig, Landesirrenanstalt Sorau, am 1. August 1914, Dr. med. Vollrath, Landesirrenanstalt Sorau, am 1. Oktober 1914.

Der Arzt Dr. med. von Leupoldt, Landesirrenanstalt Teupitz, ist am 1. Oktober 1914 mit Wahrnehmung der Geschäfte eines I. Oberarztes beauftragt worden.

Versetzt wurden: der Direktor Dr. med. Riebeth von der Landesirrenanstalt Landsberg an die neu eröffnete Landesirrenanstalt Görden bei Brandenburg a. H. am 1. Juli 1914; der Oberarzt Dr. med. Roesen von Landsberg nach Görden am 15. August 1914; der Oberarzt Dr. med. Spliedt von Waldfrieden nach Görden am 16. August 1914; die Ärzte Dr. med. Syring von Teupitz nach Neuruppin am 1. April 1914, Dr. med. Petzsch von Neuruppin nach Teupitz am 1. April 1914, Dr. med. Ehlers von Teupitz nach Potsdam am 15. Mai 1914, Dr. med. Henrich von Waldfrieden nach Görden am 11. August 1914, Dr. med. Treiber von Landsberg nach Görden am 24. August 1914.

Neu eingetreten sind als Assistenzärzte: die praktischen Ärzte Hoffmann, Anstalt für Epileptische in Potsdam, am 16. Mai 1914, Dr. med. Giese, Landesirrenanstalt Landsberg, am 1. Juli 1914, Dr. med. Stephan, Landesirrenanstalt Neuruppin, am 15. Juli 1914, Schallert, Landesirrenanstalt Sorau, am 1. Oktober 1914.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Unerreichte

Delikateß-

Pflanzenbutter=

Margarine

vorzüglich an Güte und Geschmack! Dabei bedeutend **billiger** und **ausgiebiger** wie **Naturbutter!**

Frei von tierischen Fetten!

„Cocoline“ allerfeinste Cocosbutter

„Cocoline-Special“

weiches Cocos-Schmalz, garantiert rein!

Das beste zum **Braten! Backen! Kochen!**

Alleinige Fabrikanten:

Cocos-u. Pflanzenbutterwerke DeBruyn

G. m. b. H., Emmerich a. Rh.

Fabriken in: **Emmerich, Termonde, Baesrode, Brügge, Wien, Olten.**

Unsere Erzeugnisse wurden in vorigem Jahre auf den beschickten Ausstellungen ausgezeichnet wie folgt:

VI. Prov. Kochkunst- u. fachgewerbl. Ausstellung v. 2. bis 28. Mai 1912 in **Bochum**

Goldene Medaille.

Große Jubiläums-Ausstellung für Bäckereien und verwandte Gewerbe vom 21. bis 30. Juni 1912 zu **Hamburg-Altona**

Ehrenpreis u. Goldene Medaille als höchste Auszeichnung.

Gastwirtsgewerbliche Fach- u. Kochkunstausstellung vom 28. September bis 14. Oktober 1912 zu **Regensburg**

Goldene Medaille

Erste Kochkunst- u. fachgewerbl. Ausstellung v. 4.—10. Nov. 1912 zu **Oldenburg**

Ehrenpreis u. Goldene Medaille als höchste Auszeichnung

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Israelit. Kuranstalten zu Sayn b. Coblenz

Zwei völlig getrennte Abteilungen:

I. Kurhaus für Nerven- und leichte Gemütskranke.

II. Heil- u. Pflegeanstalt für Geistes- u. Gemütskranke. Komfortable wohnl. Einrichtung (Zentralheizung, elektr. Licht etc.). Mod. Kurmittel, Elektro- u. Hydrotherapie, Beschäftigungstherapie in eig. gärtnerischen u. landwirtschaftl. Betriebe.

Streng rituelle Verpflegung. Eigene Synagoge. Prospekte kostenfrei.

Ärzte: Sanitätsrat Dr. **Rosenthal** und Dr. **Jacoby.**

Verwaltungsdirektion: **B. Jacoby.**

KENNENBURG b. Eßlingen in Württemberg

HEILANSTALT für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts

Prospekte. Telefon: Eßlingen 197.

Besitzer und leitender Arzt Dr. REINHOLD KRAUSS. == 3 Ärzte.

Stellengesuche.

An der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu **Görden** bei Brandenburg a. H. (z. Zt. Vereinslazarett vom Roten Kreuz) ist zum 1. Januar 1915 (auf Wunsch auch sofort) die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Neben freier Wohnung und freier Station 1. Klasse beträgt das Anfangsgehalt 1800 bis 1900 Mark jährlich. Nach mindestens einjähriger psychiatrischer Tätigkeit, von der 6 Monate im Brandenburgischen Provinzialanstaltsdienst mit befriedigender Dienstführung zurückgelegt sein müssen, und nach Erlangung des medizinischen Doktorgrades wird die Anstellung als Anstaltsarzt mit Pensionsberechtigung und einem Anfangsgehalt von 3600 Mark, alle 3 Jahre um 400 Mark steigend bis 4800 Mark, in Aussicht gestellt.

Vom 7. Dienstjahre ab ist die Beförderung zum Oberarzt zu erwarten mit 4600 bis 7200 Mark.

Bewerber wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf, Approbation und Zeugnissen richten an den Direktor der Landesirrenanstalt.

Für hies. Prov.-Irren-Anstalt wird

Assistenzarzt

oder **Anstaltsarzt**

gesucht. Gehalt des Assistenzarztes 2000 M steigend jährl. um 250 M bis 2500 M neben fr. Stat. I. Kl., Wäsche pp. Ass.-Ärzte können, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, nach 3jähr. Dienstzeit in der Provinz als Anst.-Ärzte angestellt, auch kann außerhalb in gleicher Stellg. zurückgel. Dienstzeit angerechnet werden.

Gehalt als Anst.-Arzt 3600 bis 6000 M in dreij. Raten steigd. neben Fam.-Wohng. od. Wohn.-Geldzuschuß.

Bewerbg. mit Zeugn. u. Approb. — auch in begl. Abschrift — sind zu richten an **Dir. Geh. Rat Dr. Kayser, Dziekanka bei Gnesen.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 31/32. 7. November **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Von sehr geschätzter Seite wird die Schriftleitung dazu angeregt, über alle in den Heil- und Pflegeanstalten seit Beginn des Krieges entstandenen und etwa noch entstehenden Veränderungen zu berichten. Wir kommen diesem Ersuchen gerne nach und bitten die geschätzten Leser, besonders die Anstaltsleitungen, uns etwa folgende Angaben zukommen zu lassen:

Welche Ärzte befinden sich im Felde?

Welche Ärzte sind außerhalb der Anstalt in Lazaretten tätig?

Wie hoch ist der derzeitige Bestand an Kranken?

Welche Anstalten haben sich für die Aufnahme verwundeter Krieger eingerichtet und für welche Anzahl?

Wie weit sind die Anstalten bereits von Verwundeten belegt?

In welchen Anstalten sind geisteskranke Soldaten zur Einlieferung gelangt und wieviele?

Auszeichnungen usw.

Da es für die Leser dieser Zeitschrift zweifellos von hohem Interesse sein wird, zu erfahren, inwieweit speziell auch Psychiater und Angestellte im Dienste des Vaterlandes tätig sind, so hofft die Schriftleitung auf baldige Zusendung der entsprechenden Mitteilungen, die stets unter der Abteilung **„Anstaltsnachrichten“** veröffentlicht werden sollen.

Die Schriftleitung.

Gedenkwort zum 100 jährigen Bestehen der Provinzialheilanstalt Marsberg.

Von Direktor Dr. med. **F. Schulte.**

Die Provinzialheilanstalt Marsberg, die älteste öffentliche Anstalt für Geisteskranke in der Provinz Westfalen und eine der ältesten Deutschlands, begeht am 10. November d. Js. das Jubiläum ihres 100 jährigen Bestehens. Entstanden in schwerer Kriegszeit, fällt auch der 100 jährige Geburtstag in eine Zeit gigantischen Ringens, des gewaltigsten Krieges, den die Erde bisher gesehen hat. Wenn darum auch keine Feststimmung aufkommen kann, so scheint es doch angezeigt, zurückblickend auf das verflossene Jahrhundert ein allgemeines Bild von der Entstehung, Entwicklung und Tätigkeit der Anstalt zu entwerfen und dankbar der Verdienste zu gedenken, die sich unsere Jubilarin um die westfälische Irrenfürsorge erworben hat.

Um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts war es, wie fast überall in Deutschland, so auch in Westfalen um die Fürsorge für Geisteskranke schlecht bestellt. Eine öffentliche Fürsorge im

modernen Sinne gab es nicht. Ein Teil der nach amtlichen Feststellungen recht erheblichen Anzahl anstaltspflegebedürftiger Geisteskranken wurde so gut es ging in den eigenen Familien, ein Teil in Armen- und Siechenhäusern, andere in Gefängnissen und Zuchthäusern untergebracht, viele auch irrten schutzlos im Lande umher. Von einer planmäßigen ärztlichen Behandlung war durchweg keine Rede. Ein starker und nachhaltiger Anstoß zur Verbesserung des Loses der Geisteskranken ging zu Anfang des vorigen Jahrhunderts von Frankreich und England aus. Auch in unserem Vaterlande trat infolgedessen diese Frage mehr und mehr in den Vordergrund. Für die Provinz Westfalen brachte der Kriminalrichter Castringius zu Altena, der in seiner Eigenschaft als Richter Einblick in die bis dahin übliche Unterbringungsweise von Geisteskranken gewonnen hatte, den Stein ins Rollen. Seine Vorschläge kamen jedoch nicht zur Ausführung. Auch spätere Vorschläge verhallten in den über unser Vaterland dahinziehenden Kriegsstürmen. Der Gedanke an das Friedenswerk blieb aber trotz der unruhigen Kriegszeit lebendig.

Im Jahre 1811 regte der Regierungs- und Medizinalrat Dr. Stoll zu Arnsberg, der sich auch weiterhin die größten Verdienste um den äußeren und inneren Ausbau der Marsberger Anstalt erworben hat, die Idee wieder an, in dem damaligen Herzogtum Westfalen eine Irrenanstalt zu errichten und zu diesem Zwecke das Kapuziner-Kloster zu Marsberg herzurichten.

Das Kloster war damals von 10 Patres und 2 Laienbrüdern bewohnt. Am 27. Dezember 1812 wurde auf Grund des Reichs-Deputations-Hauptbeschlusses vom Jahre 1803 durch Dekret des Großherzogs von Hessen — das Herzogtum Westfalen gehörte zum Großherzogtum Hessen — die Aufhebung des Klosters zu Marsberg mit der Bestimmung verfügt, die Klostergebäude mit Inventar zu einer Irren- und Krankenanstalt einzurichten. Es bestand nach dieser Verfügung demnach anfangs die Absicht, neben Geisteskranken auch anderen Kranken Aufnahme zu gewähren. In Wirklichkeit sind jedoch von Anfang an in der — ursprünglich Landes-Hospital — genannten Anstalt nur Geisteskranke aufgenommen worden. Am 28. Januar 1813 wurden die Patres durch den damaligen Justiz-Amtmann Schulte zu Marsberg offiziell von der Aufhebung des Klosters in Kenntnis gesetzt.

Die praktische Durchführung des Aufhebungsdekretes und die bauliche Umgestaltung ging nach Überwindung mannigfacher Schwierigkeiten nur langsam und ganz allmählich vonstatten. In der Übergangszeit wurde der bisherige Guardian des Klosters, Gabriel Kligge aus Paderborn, als erster Direktor des Instituts bestellt. Außer ihm blieb noch der geistesschwache Pater Rochus Leonardi als erster Kranker und der Klosterkoch Bonaventura Wintermeyer als Koch zurück. Der Direktor legte indessen schon nach kurzer Zeit sein Amt nieder. Zu seinem Nachfolger wurde der Marsberger Amtsarzt Dr. Ruer ernannt, dessen Vereidigung am 14. Oktober 1814 stattfand. Inzwischen waren die baulichen Veränderungen und die innere Einrichtung soweit fertiggestellt, daß Kranke aufgenommen werden konnten. Am 10. November 1814 wurde daher die Anstalt offiziell als eröffnet erklärt. Sie bildete mit der Klosterkirche ein Quadrat mit einem Innenhofe. Während man die Anstalt mit 70 bis 80 Plätzen hatte eröffnen wollen, bot sie in Wirklichkeit bei der Eröffnung erst Raum für 17 Kranke nebst Personal.

Die leitenden ärztlichen Grundsätze, welche der Anstalt bei ihrer Eröffnung eingeimpft wurden, sind wegen ihres alten und zugleich vielfach modernen Gepräges vor allem von interessanter geschichtlicher Bedeutung. Nach der für den Arzt entworfenen ersten Instruktion wurde er angewiesen, zunächst die Individualität eines jeden, besonders heilbaren Kranken zu studieren, „um auf diesem einzigen, der Werkstätte der Seele *zugänglichen* Wege das letzte Ziel seiner Bestrebungen und den höchsten Zweck seiner Kunst zu erreichen, einem, wenn auch kleinem Teile jener Unglücklichen, welchem das eigentliche Gepräge der Menschheit abgeht, zum Gebrauche der Vernunft wieder zu verhelfen. Der Arzt wird bei den öfteren Beobachtungen dieser Kranken sich vorerst darüber Gewißheit zu verschaffen suchen, welche Ursachen die Geisteszerrüttung hervorgebracht haben, ob sie ganz, zum Teil oder gar nicht zu entfernen sind usw.".

Mit klaren Worten wird hier eine individuelle Behandlung der Kranken vorgeschrieben. Auch human soll die Behandlung sein: „Wegen des ausgezeichneten Einflusses der täglichen unmittelbaren Behandlung der Irren auf ihr Schicksal wird der Arzt alle seine psychologischen Kenntnisse aufbieten und sein Ansehen geltend machen, um ein wechselseitiges, auf Liebe und Zutrauen gegründetes Verhältnis zwischen den Seelenkranken und ihren Wärtern zu bewirken und zu befestigen, wie es die große Wichtigkeit des Gegenstandes pflichtmäßig fordert." Verhältnismäßig modern mutet auch folgender Standpunkt an: „Bei der speziellen Behandlung steht im allgemeinen hier der Grundsatz fest, jedem Kranken soviel persönliche Freiheit zu gestatten, als sich mit Sicherheit tun läßt, und den Grundsatz des Zwanges nach dem



Charakter des Patienten einzurichten." Über die zu jener Zeit durchweg übliche zwangsmäßige Behandlungsmethode heißt es: „Eigentliche Bändigungs- und Zähmungsmittel, obschon sie nicht ganz entbehrt werden können, werden doch verhältnismäßig sehr selten angewendet." Als ärztliche Behandlungsmittel im weiteren Sinne sind in der erwähnten ersten Instruktion angeführt: „Strenge Hausdisziplin, Stundenpläne, nach denen in der Charité zu Berlin entworfen, zu deren genauer Befolgung die Kranken stets angehalten werden; körperliche Haus-, Hof-, Garten- und Feldbeschäftigungen nach Verschiedenheit der Jahreszeiten." Zur Leitung dieser Beschäftigungen war ein eigens unterrichteter Arbeitsaufseher angestellt. Gebildetere Kranke wurden zu schriftlichen Arbeiten herangezogen. Wir sehen, wie hoch der Wert der Arbeitstherapie schon vor hundert Jahren angeschlagen wurde. Auch für Vergnügungen war gesorgt: „Kegelschieben an Sonn- und Festtagen, zuweilen angeordnete kleine Feste, wo den Kranken Lieblingsgegenstände verabreicht wurden, dienen denselben zur Aufmunterung und Zerstreuung."

Ein geschichtlicher Wendepunkt für die Anstalt war der 1. Juni 1816, an welchem Tage das damalige Herzogtum Westfalen vom Großherzogtum Hessen-Darmstadt an das Königreich Preußen fiel und von da ab mit den übrigen Landesteilen die jetzige Provinz Westfalen bildete.

Bei der Übergabe bot die Anstalt Raum für 30 Kranke. Der Krankenbestand von 1814 bis Anfang 1817 war 14. Das Bedürfnis einer Erweiterung stellte sich naturgemäß sehr bald ein. Indessen gingen noch lange Jahre mit Beratungen und Plänemachen ins Land, bevor die Erweiterung durchgeführt wurde. Es handelte sich vornehmlich um die damals akute Frage, ob es zweckmäßig oder notwendig sei, Heilanstalt und Pflegeanstalt voneinander zu trennen. Auch konnte keine Einigung darüber erzielt werden, ob die Anstalt Marsberg zu vergrößern oder ob eine neue Anstalt an einem anderen Orte der Provinz oder ob schließlich die Verbindung der neu zu errichtenden Anstalt mit der im Jahre 1825 eröffneten rheinischen Anstalt Siegburg das Zweckmäßigste sei. Um die letzte Frage drehte sich der Kampf besonders heftig. Stoll trat energisch für die Erweiterung der Anstalt Marsberg ein, die Provinzialstände unterstützten diese Ansicht und lehnten wiederholt die Verbindung mit Siegburg ab, auch erkannten sie „keineswegs die Notwendigkeit einer Trennung der Heilanstalt von der Pflegeanstalt an", wohl aber seien sie der Ansicht, „daß eine solche Trennung mit Vorteil an demselben Orte ausgeführt werden könne".

Ende 1828 endlich erklärte sich der Minister grundsätzlich mit der Ansicht des westfälischen Landtages unter der Bedingung einverstanden, „daß beide Anstalten so viel isoliert seien, daß keine die andere störe und geräumig genug, daß jede ihren Zweck vollständig und rein erfüllen könne".

Jetzt erst wurde die Erweiterung beschlossen mit der Bestimmung, daß die bisherige Anstalt als Pflegeanstalt für 140 Kranke herzurichten sei und in dem anstoßenden Garten eine Heilanstalt für 80 Kranke erbaut werden solle. Der Grundstein zu letzterer wurde am 12. September 1832 gelegt. Die Eröffnung erfolgte am 1. Juni 1835.

Die Heilanstalt, in Form eines H errichtet, besteht aus einem Unter- und Obergeschoß mit je vier Abteilungen. Die östlich gelegenen Flügel dienen als Männerabteilungen, die westlichen als Frauenabteilungen. Männer- und Frauenseite sind voneinander durch einen breiten Flur getrennt.

Bei Eröffnung der Heilanstalt trat eine wichtige Veränderung der inneren Verwaltung ein. Bei Gründung der Anstalt wurde für das Rechnungswesen ein Rendant angestellt, die Beköstigung und Verpflegung erfolgte durch den Ökonomen auf dessen eigene Rechnung. Demselben wurde eine bestimmte Summe für Kopf und Tag gezahlt. Bei Eröffnung der Heilanstalt im Jahre 1835 wurde dieses System aufgegeben und die eigene Beköstigung und die eigene Bewirtschaftung des Grundbesitzes eingeführt. Statt des Rendanten wurde jetzt ein Inspektor angestellt, der neben den Rendanturgeschäften auch die ökonomische Verwaltung zu besorgen hatte. Eine Trennung dieser beiden Verwaltungszweige erfolgte, nachdem der Grundbesitz größer geworden war, im Jahre 1863, wo ein Rendant und ein Inspektor angestellt wurden.

Hinsichtlich des ärztlichen Dienstes trat gleichfalls eine Änderung ein. War bis zur Eröffnung der Heilanstalt die ärztliche Versorgung durch einen Arzt erfolgt, so trat nunmehr ein Assistenzarzt hinzu. Ferner wurde ein Hausverwalter und für die Heil- und Pflegeanstalt je ein Oberaufseher bezw. Oberaufseherin vorgesehen. Ebenso wurde das Wachpersonal entsprechend vermehrt. Des weiteren erfolgte eine Festsetzung der Aufnahmebedingungen, auch wurden Schemata zu Fragebogen und zur Führung der Registratur entworfen.

Nach den damaligen Aufnahmebedingungen, die eines geschichtlichen Interesses nicht entbehren, sollten von der Aufnahme in die Heilanstalt von Kindheit an oder aus Altersschwäche Blöd- und Schwachsinnige, auch an chronischen Übeln Lei-



dende, zunächst auch die länger als ein Jahr seelengestörten Kranken ausgeschlossen sein. Im Falle die Heilversuche binnen Jahresfrist keinen Erfolg hätten, sollte ferner der Kranke wieder seinen Angehörigen oder der Pflegeanstalt überwiesen werden.

Von der so theoretisch scharf durchgeführten Trennung der Heil- und Unheilbaren wich man indessen in der Praxis schon bei Eröffnung der Heilanstalt ab.

Auf die Verbesserung des Loses von Geisteskranken außerhalb der Anstalten, auf Aufklärung über Aufnahme und Entlassung von Kranken zielte eine von Direktor Dr. Ruer ausgearbeitete populäre Anweisung hin, welche im Auszug in den Amtsblättern der Provinz veröffentlicht wurde. Zur Fürsorge für aus der Anstalt entlassene Geisteskranke wurde die Gründung von Vereinen vorgeschlagen. Eine von der Marsberger Anstalt aus verbreitete Monatsschrift „Der Irrenfreund" bezweckte die Zerstreuung von Vorurteilen des Publikums vor Geisteskranken und Irrenanstalten.

Dank des guten Rufes, dessen sich die Anstalt in steigendem Maße erfreute, mehrten sich die Aufnahmen von Jahr zu Jahr. Ende 1839 war der Krankenbestand 209. In demselben Jahre wurde in Obermarsberg in dem ehemaligen Stiftsgebäude eine Rekonvaleszenten-Station eingerichtet, in welcher vornehmlich ruhige alte Pfleglinge männlichen Geschlechts der I. und II. Tischklasse verpflegt wurden. Zunächst waren 15 Plätze dort vorgesehen.

Empfindlich machte sich bald der Mangel einer geeigneten Abteilung für unruhige Kranke bemerkbar. Letztere wurden zunächst, so gut es ging, in den Erdgeschossen der Heilanstalt untergebracht. Indessen genügten diese Räume in keiner Weise billigen hygienischen Anforderungen. Vor allem waren sie feucht. Es wurde daher im Jahre 1842 mit dem Bau einer Abteilung für unruhige Kranke begonnen und 1843 mit Kranken belegt. Diese „Tobabteilung" bestand im wesentlichen aus Einzelzellen. Aber auch jetzt vermochte die Anstalt den immer größer werdenden Zugang von Kranken auf die Dauer nicht zu fassen. Während die Anstalt für 270 Kranke Platz hatte, waren in Wirklichkeit im Jahre 1850 nicht weniger als 450 Kranke untergebracht. Die Überfüllung hatte ihren Höhepunkt erreicht.

Im Jahre 1854 beschloß daher der Provinziallandtag den Bau einer zweiten westfälischen Irrenanstalt und gleichzeitig die Trennung und Unterbringung der Kranken nach Konfessionen. Marsberg wurde für die Kranken katholischer Konfession bestimmt, während die neu zu erbauende Anstalt die Kranken evangelischer Konfession aufnehmen sollte. Aber erst im Jahre 1862 wurde der Grundstein für die neue Anstalt in der Nähe von Lengerich i. W. gelegt. 1864 erfolgte die erste Verlegung von 72 Kranken nach dort. Im Anschluß hieran wurde das vorhin erwähnte Stift in Obermarsberg als lästige Filiale der Anstalt Marsberg aufgegeben. In den folgenden Jahren wurde je nach Fertigstellung der Bauten der neuen Anstalt die allmähliche Überführung der evangelischen Kranken nach Lengerich in die Wege geleitet, bis am 14. Mai 1867 die feierliche Eröffnung der Anstalt in Lengerich mit 244 Kranken vor sich ging. In Marsberg verblieben am gleichen Tage 302 Kranke.

Mit diesem Ereignis trat sowohl die Geschichte der westfälischen Irrenfürsorge überhaupt als auch die weitere Entwicklung der hiesigen Anstalt in einen neuen wichtigen Zeitabschnitt. Hatte letztere in der vergangenen Periode als einzige westfälische Irrenanstalt, besonders aber während der letzten 20 Jahre dauernd unter dem Drucke höchster Überfüllung gestanden, so trat nunmehr zunächst eine etwas größere Bewegungsfreiheit ein. Aber selbst bei verminderter Krankenzahl erwies sich das alte Klostergebäude wegen seiner mangelhaften Einrichtung und seiner Baufälligkeit recht bald als gänzlich unbrauchbar. Außer dem alten Kloster waren die zum Teil noch belegten Krankenabteilungen in den Erdgeschossen der Heilanstalt, die Koch- und Waschküche, die Vorratsräume, teilweise die Wohnungen für Beamte und Dienstpersonal, die Handwerkstätten, die der Landwirtschaft dienenden Gebäude, die Badeeinrichtungen und endlich die Küche nur provisorisch und als Notbehelfe eingerichtet. Das Bedürfnis einer durchgreifenden baulichen Veränderung und Erweiterung war unabweisbar. Der Zeitpunkt für eine solche war nunmehr gekommen. Zunächst wurde die H-förmige Heilanstalt in Form eines doppelten HH ausgebaut. Das neue H, im Frühjahr 1865 begonnen, wurde der südlichen Seite der Heilanstalt angegliedert. An die nördliche Seite der letzteren wurde das jetzige Wirtschaftsgebäude und hieran weiter nördlich ein Haus für unruhige Frauen angeschlossen. Die Bauzeit dauerte bis Frühjahr 1869. Die innere Einrichtung der Abteilungen des neuen H weicht von der des alten H im wesentlichen durch eine zweckmäßigere Anlage des Klosetts, der Tagesräume und dadurch ab, daß anstatt eines großen Schlafsaales mehrere kleine Schlafsäle vorgesehen wurden.

Das neu errichtete Wirtschaftsgebäude enthält Koch- und Waschküche, Bäckerei, Vorratsräume, Festsaal und einzelne Wohnräume.

Das Gebäude für unruhige Frauen — jetzt vier



Abteilungen — bestand ursprünglich aus drei Abteilungen und ist auch jetzt noch in Benutzung.

In den folgenden Jahren wurde das Haus für unruhige Männer erweitert und ein Ökonomiehof mit offenen Abteilungen für 65 Kranke, eine Wohnung für den Ökonomen, ferner Scheune und Stallungen — jetzt Kohlenschuppen — erbaut und so die Grundlage für eine ausreichende Gutsbewirtschaftung und für eine zweckmäßige Beschäftigung der Kranken in der Landwirtschaft gewonnen. Das seitherige Ökonomiegebäude wurde in seinem unteren Stocke zu Bureauräumen, in seinem oberen Stocke zu einer Krankenabteilung und später zu einer Familienwohnung durchgebaut.

Am 1. Januar 1871 wurde die Pflege der weiblichen Kranken Ordensschwestern (Vinzentinerinnen) aus dem Mutterhause zu Paderborn übertragen. Der damalige Anstaltsdirektor, Sanitätsrat Dr. K o s t e r , konnte nach einigen Jahren über deren Tätigkeit berichten, er könne nicht umhin, sich unbedingt lobend über die Wirksamkeit dieser Schwestern auszusprechen und wenn man bis dahin vergeblich überall nach der Lösung des Problems, ein völlig geeignetes Pflegepersonal zu finden, gesucht habe, das da Milde, Geduld, Opferwilligkeit, Selbstlosigkeit und Intelligenz genug besitze, um diesen schwierigen Dienst genügend auszufüllen, so glaube er, daß sie in der Einführung der Schwestern gefunden sei. Es läge dies außer an dem Geiste, der überhaupt diesen Orden erfülle, wohl auch daran, daß der Vorstand desselben in richtiger Würdigung der besonders schwierigen Krankenpflege gerade in diesem Hause, hierher die besten und bewährtesten Kräfte, unter denen zahlreiche Töchter aus den gebildeten Ständen wären, geschickt habe und besonders auch, daß die Wahl der Vorsteherin, welche die Verbindung und das Zusammenwirken mit den übrigen Beamten und Dienstleuten zu vermitteln habe, als eine besonders günstige bezeichnet werden müsse. Mit Genugtuung müsse er auch hervorheben, daß der gute Geist und das ziehende Beispiel der Schwestern ebenfalls soviel wie möglich auch auf das männliche Wart- und Dienstpersonal übergegangen sei und daß gröbere Verstöße und Vergehen seltener wie früher zu beklagen seien.

Gleich damals verdient auch heute noch die umsichtige, selbstlose und den neuen Aufgaben verständnisvoll sich anpassende Tätigkeit der Schwestern hohe Anerkennung.

In der Verwaltung der Anstalt trat im Anfange des Jahres 1872 eine Änderung ein. Bisher wurde die Verwaltung sämtlicher Provinzialanstalten von dem Königl. Oberpräsidium zu Münster geführt. Auf Grund des durch Allerhöchsten Erlaß vom 15. September 1871 genehmigten Regulativs ging diese dann an den Provinziallandtag über. Die Übergabe der Verwaltung der hiesigen Anstalt erfolgte am 7. und 8. März 1872. Die inneren Einrichtungen und Grundsätze der Verwaltung erlitten hierdurch nur geringe Veränderungen.

Im folgenden Jahre, am 28. Mai 1872, wurde die neu erbaute Anstaltskirche eingeweiht. Den Gottesdienst in der alten Anstaltskapelle und die Seelsorge für die Kranken katholischer Konfession versah bis zum Jahre 1839 der jeweilige Ortspfarrer von Niedermarsberg. Anfangs las er wöchentlich einmal an einem Werktage eine Messe, von 1839 ab auch Sonntags, da von jetzt ab zwei Geistliche in Marsberg anwesend waren. Einen eigenen katholischen Seelsorger hat die Anstalt seit dem 26. August 1843. Die Seelsorge für die Kranken evangelischer Konfession lag bis zur Eröffnung der Anstalt Lengerich nacheinander einem Geistlichen aus dem benachbarten Helminghausen, Vasbeck, Wrexen (Waldeck), darauf vorübergehend einem evangelischen Anstaltsgeistlichen ob. Interimistisch pastorisierte die Kranken evangelischer Konfession von 1857 bis 1858 ein Geistlicher aus Fürstenberg.

Im Jahre 1876 erfolgte die Räumung und der Abbruch des alten Klosters. Auf dem so freigelegten Platze wurden zwei Wohngebäude errichtet. Das eine enthält die Wohnung des I. Oberarztes und des Anstaltsgeistlichen, das andere die Wohnung des II. Oberarztes, eines Oberpflegers und außerdem noch Lagerräume. Mit Fertigstellung dieser Gebäude war ein völliger Neubau der ganzen Anstalt vollendet. An Stelle der niedergelegten Klostergebäude waren im Laufe der Jahre Krankenabteilungen errichtet, die den jeweiligen ärztlichen und baulichen Anschauungen Rechnung trugen und die gleichzeitig den Gewohnheiten der Kranken der verschiedenen Stände, die ihre Hilfe nachsuchten, entsprachen.

Auf der so geschaffenen Grundlage konnte auch eine ersprießlichere innere Tätigkeit zur Entfaltung kommen. Die nächsten Jahre waren denn auch in der Tat vornehmlich dem inneren Ausbau und der Vervollkommnung und Ergänzung der bis dahin üblichen therapeutischen Hilfsmittel gewidmet. Eine weitgehende individuelle Arbeitstherapie, Hydro- und Elektrotherapie, Aufnahme bewährter Beruhigungsmittel in dem Heilplan, Einrichtung passender Volksfeste standen neben der möglichst allseitig geübten zwanglosen Behandlungsmethode, die, wie bekannt, an der hiesigen Anstalt von Anfang an eine grundsätzliche Förderin gehabt hat, im Vordergrunde der ärztlichen Bemühungen.

Gleichen Schritt mit dem inneren Ausbau hielt eine äußere Vervollkommnung der Anstalt. Die bisher stattgehabte Wasserversorgung durch Brunnen wurde außer Betrieb gesetzt und die Anstalt im Jahre 1890/91 an die neuerbaute Wasserleitung der Stadt Niedermarsberg angeschlossen. Gleichzeitig wurden sämtliche Anstaltsgebäude mit Blitzableitern versehen. Die bisherige Wohnung des Direktors, ein im Jahre 1818 angekauftes, nunmehr baufälliges Fachwerkhaus gelangte zum Abbruch. Der Neubau wurde sofort in Angriff genommen und im Herbst 1891 fertiggestellt. Die Wohnung liegt am Marktplatze der Stadt, welche durch den Glindefluß von dem Anstaltsgelände getrennt ist, nahe dem Haupteingange zur Anstalt.

Eine zunächst auf der Frauenseite versuchsweise eingerichtete Wachabteilung bewährte sich gut. Derselben wurden alle Neuaufnahmen und in einzelnen Fällen chronische Kranke mit Aufregungszuständen überwiesen. Indessen waren die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten unzweckmäßig und unzulänglich. Es wurde daher ein Erweiterungsbau mit zwei Wachabteilungen geplant und im Jahre 1892 fertiggestellt und in Betrieb genommen. Gleichzeitig wurde der Verbindungsgang zwischen dem Wirtschaftsgebäude und dem Frauen-Isoliergebäude mit einem zweiten Stockwerk versehen und in dem Gebäude für unruhige Frauen eine Niederdruck-Dampfheizung angelegt. Durch die Erhöhung des Verbindungsganges wurde ein bequemer Verkehr zwischen dem Hauptgebäude und dem Frauen-Isoliergebäude hergestellt.

Das im Jahre 1842 erbaute Isolierhaus für Männer — sogenannte Tobabteilung — genügte mit seinen den damaligen Anschauungen entsprechenden Zellen und Wandelhöfen in keiner Weise mehr den jetzt herrschenden Anforderungen. Ein Neubau war dringend geboten. Um Platz für diesen und einen neuen Gutshof zu gewinnen, wurden drei an den bisherigen unzulänglichen Ökonomiehof angrenzende Grundstücke mit daraufstehenden Häusern angekauft. Auch eine früher schon angekaufte alte Scheune, die in der Nähe des jetzigen Gebäudes für unruhige Männer stand, wurde niedergelegt, ferner noch ein altes Wohnhaus (das Gerlachsche Haus). Nunmehr war Platz für die geplanten Neubauten gewonnen. Der Gutshof mit Stallungen für Pferde, Kühe und Schweine wurde im Juni 1894 bezogen. Im Jahre 1894 und im folgenden Jahre entstand ferner das neue jetzige Männer-Isoliergebäude. Das Haus bietet Raum für 84 Kranke, ist in Hufeisenform gebaut, zweistöckig und durch das in der Mitte gelegene Treppenhaus in zwei Hälften geteilt. Von den vier Abteilungen sind zwei als Wachabteilungen vorgesehen. Das Haus hat Warmluftheizung. Das bisherige Gebäude für unruhige männliche Kranke — die sogenannte Tobabteilung — wurde als Krankengebäude aufgegeben und zu Werkstätten, Schlosserei, Schreinerei, Schneiderei und Schusterei, und zu einem Kesselhause für vier Dampfkessel umgebaut.

In den Jahren 1894 und 1895 wurden sämtliche Aborte der Anstalt, welche in Form von Senkgruben angelegt waren, nach dem Tonnensystem umgebaut. In jedem Tonnenraum war ein Heizkörper mit Abluftschacht angebracht.

Ein neues Leichenhaus wurde im Jahre 1895 errichtet.

Das Jahr 1897 brachte dem Hauptgebäude, in welchem sich ruhige und halbruhige Kranke befinden, eine Niederdruck-Dampfheizung zur Erwärmung der Flure, sowie zwei Warmwasserbereiter nebst Leitung zu sämtlichen Abteilungen. Gleichzeitig wurde in der Waschküche maschineller Betrieb für Waschtrommel, Zentrifuge und Spülung eingerichtet.

Bezüglich der Beleuchtung ging die Anstalt im Jahre 1900 von Petroleum zu elektrischem Licht über, welches von dem damals seitens der Stadt Niedermarsberg neu errichteten städtischen Elektrizitätswerk geliefert wird.

Schon seit langem war in steigendem Maße wieder das Bedürfnis nach Platzvermehrung, am stärksten auf der Frauenseite, fühlbar geworden. Während Jahr für Jahr eine große Anzahl von Aufnahme-Anträgen überhaupt nicht berücksichtigt werden konnte, wurde bei den übrigen eine Warteliste geführt. In vielen derartigen Fällen konnte die Einberufung erst nach Wochen und selbst nach Monaten erfolgen. Es wurde daher im Jahre 1902 eine neue Frauen-Wachabteilung in den Anlagen oberhalb des jetzigen Frauen-Isoliergebäudes und im Jahre 1912 eine neue Männer-Wachabteilung. oberhalb des Männer-Isoliergebäudes mit je 51 Betten errichtet. Beide Häuser entsprechen den modernsten technischen und hygienischen Anforderungen.

Sehr willkommen war die im Jahre 1908 erfolgte Einrichtung der Spülaborte in sämtlichen Anstaltsgebäuden. Die durch das frühere Gruben- und spätere Tonnensystem bedingte Abfuhr der Abwässer und Fäkalien kam in Fortfall, da die Fäkalwässer nunmehr mittels Leitung einer Rieselwiese an der Diemel zugeführt werden.

Die Zentral-Heizungsanlagen, die bis auf die ältesten Teile der Anstalt, in denen noch Ofenheizung besteht, ausgedehnt sind, bedeuten gleichfalls



eine große Betriebserleichterung und Vervollkommnung.

Die ärztliche Versorgung der Kranken lag bis zum Jahre 1835 dem Direktor der Anstalt allein ob. Für einen sodann angestellten Hilfsarzt wurde im Jahre 1837 die Stelle eines II. Arztes (jetzigen I. Oberarztes) gegründet. In den 50 er und 60 er Jahren des vorigen Jahrhunderts waren nacheinander mehrere Volontärärzte angestellt. Letzteren war hier Gelegenheit geboten, einen ein- bis zweijährigen Kursus in der Psychiatrie durchzumachen zur Vorbereitung auf das Kreisarztexamen. Die so vorgebildeten Kandidaten sollten nach bestandener Kreisarztprüfung bei der Anstellung staatlicherseits den Vorzug erhalten. Im Jahre 1875 erfolgte die Gründung einer Assistenzarztstelle, 1896 wurde die Stelle eines II. Assistenzarztes und 1904 die eines II. Oberarztes geschaffen. Außer dem ärztlichen Direktor sind demnach zurzeit vorgesehen: Zwei Oberärzte, zwei Abteilungsärzte bezw. zwei Assistenzärzte.

Leiter der Anstalt waren:

Sanitätsrat Dr. Wilhelm Ruer vom 4. Oktober 1814 bis 1. Oktober 1850;

Sanitätsrat Dr. Heinrich Joachim Knabbe vom 1. Oktober 1850 bis 22. Juli 1859;

Sanitätsrat Dr. Friedrich Koster vom 22. Juli 1859 bis 30. September 1887;

Geh. Sanitätsrat Dr. Ferdinand Rubarth vom 1. Oktober 1887 bis 31. März 1912.

Dr. Ferdinand Schulte leitet vom 1. April 1912 ab die Anstalt.

Auf Annahme und Ausbildung eines tüchtigen und zuverlässigen Pflegepersonals wurde seit Bestehen der Anstalt großer Wert gelegt. Bis zu der im Jahre 1835 erfolgten Eröffnung der Heilanstalt geschah die Annahme durch die damals vorgesetzte Behörde, die Königl. Regierung in Arnsberg. Vom Jahre 1835 ab hat der Anstaltsdirektor diese Befugnis. An Pflegepersonal kommen zurzeit auf je sieben Kranke ein Pfleger bezw. eine Schwester. Auch in der Kochküche, Waschküche, Plätterei usw. versehen Schwestern den Dienst, so daß insgesamt augenblicklich 49 Schwestern, 47 Pfleger und 2 Oberpfleger angestellt sind.

Rund 75% der Kranken werden mit nutzbringender Tätigkeit beschäftigt; die Männer in der Landwirtschaft — der Grundbesitz der Anstalt beträgt 71 ha 34 qm —, Gärtnerei, Baumschule, den verschiedenen Anstaltswerkstätten, außerdem mit Bürstenmachen, Mattenflechten, Korbmachen, Peddigrohrflechten, Flechten von Stuhlsitzen, Tütenkleben, Besenbinden usw.; die Frauen in der Kochküche, Waschküche, Nähstube, Plätterei, mit Stricken, Kunststicken, Korbflechten und endlich mit leichten Garten- und landwirtschaftlichen Arbeiten.

Seit dem Jahre 1912 ist der hiesigen Anstalt eine Familienpflege angegliedert. Die ersten notgedrungenen Anfänge einer solchen treffen wir bereits einige Jahre nach Eröffnung der Anstalt an, insofern Kranke wegen Platzmangels in der Anstalt bei ihren Verwandten in der Stadt Aufnahme fanden. Nach Vergrößerung der Anstalt ging indessen diese „Kolonie" wieder ein. Während des Baues der Heilanstalt Lengerich, also bei ebenfalls wieder herrschendem Raummangel, wurde von neuem vorübergehend eine Familienpflege eingerichtet. Bei diesen ersten Versuchen wurde ausschließlich die Gewinnung von Plätzen angestrebt. Auch jetzt ist dieser Grund mit bestimmend gewesen für die Wiedereinführung der Familienpflege, außerdem aber wird vor allem bezweckt, geeigneten Kranken die Annehmlichkeit des Anschlusses an einem einwandfreien Familienhaushalt zu gewähren. Es werden nur solche ruhige Kranke für die Familienpflege ausgewählt, welche weder sich selbst, noch für die Umgebung gefährlich sind und bei denen die Entlassung in die eigene Familie oder in die Heimat an irgendwelchen widrigen Umständen scheitert. Die der Familienpflege gegen ein nach Leistungsfähigkeit des Pfleglings bemessenes Entgelt überwiesenen Kranken wohnen, essen und arbeiten in der betreffenden Familie, gelten aber nicht als entlassen, gehören vielmehr nach wie vor zur Anstalt und unterstehen der Aufsicht des Anstaltsdirektors. Diese Einrichtung findet in der näheren und weiteren Umgebung der Anstalt immer mehr Anklang, so daß nach den bisherigen Erfahrungen mit einer weiteren Ausdehnung zu rechnen ist. Zurzeit sind in Marsberg und benachbarten Ortschaften 18 männliche und 7 weibliche Kranke in dieser Weise untergebracht.

Die Anstalt selbst bietet in ihrer jetzigen Größe Raum für 329 Männer und 266 Frauen. Sie bildet im wesentlichen einen dreireihigen, hintereinander liegenden Komplex von Gebäuden. Gelangt man vom Marktplatze der Stadt über die Glindebrücke durch den Haupteingang der Anstalt auf das Anstaltsgelände, so liegt in der ersten Reihe links vorn ein Wohnhaus für einen Arzt und für den Anstaltsgeistlichen und weiter links die Anstaltskirche, rechts vom Haupteingange ein Doppelwohnhaus, enthaltend eine Familienwohnung für einen Arzt, einen Oberpfleger und Lagerräume, weiter rechts liegen Bureaus, Wohnung für den Rendanten, Werkstätten, offene Landhäuser und Gutshof.

Gegenüber dem Haupteingange präsentiert sich in der zweiten Reihe das Wirtschaftsgebäude,



daran nach links anschließend das dreiflügelige sogenannte Hauptgebäude mit Abteilungen für ruhige und halbruhige Kranke, auf dem äußersten linken Flügel eine im gefälligen Landhausstil im Jahre 1912 errichtete Arztvilla. An die rechte Seite des Wirtschaftsgebäudes reiht sich an das Isoliergebäude für unruhige Frauen und weiter rechts auf dem äußeren rechten Flügel der zweiten Reihe ein entsprechendes Haus für unruhige Männer.

Die dritte Reihe besteht links aus der neuen Frauen-Wachabteilung und rechts aus der neuen Männer-Wachabteilung.

Die älteren Gebäude im Korridorsystem, die neuen im Pavillonsystem erbaut, liegt die Anstalt mit ihren schönen Anlagen und Gärten vor uns als ein anheimelndes und mächtiges Wahrzeichen fortschreitender Humanität und sozialer Fürsorge, dem Kundigen schon durch ihr Äußeres die Fortschritte zeigend, welche die Psychiatrie im Laufe der Jahrzehnte gemacht hat. Modernisiert in ihren älteren Teilen, den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen in ihren neuen Bauten völlig Rechnung tragend, steht die Jubilarin jugendfrisch vor uns, bereit und erfüllt von dem Streben, auch im kommenden Jahrhundert Frieden und Heilung denen zu gewähren, die sich ihrem Schutze anvertrauen, eingedenk des ärztlichen Wahlspruches: „Salus aegroti suprema lex."

Mitteilungen.

— **Zur Irrenstatistik** enthält der ärztliche Bericht der Oberbayerischen Heil- und Pflege-Anstalt Eglfing bei München über das Jahr 1913 von Direktor Medizinalrat Dr. Vocke folgende beachtenswerten Tatsachen und Ausführungen: Die überall gemachte Erfahrung, daß bei jeder Erweiterung der Anstaltsfürsorge ein bis dahin latentes Bedürfnis augenfällig durch vermehrten Zudrang in die Erscheinung tritt, bestätigte sich neuerdings nach der Eröffnung der Anstalt Haar.

Am 1. Juli 1905 waren

in der Anstalt München	383 M.	399 Fr.	782 Sa.
in der Anstalt Gabersee	376 M.	347 Fr.	723 Sa.
Tot.-Sa.:	759 M.	746 Fr.	1505 Sa.

Im Juli 1905 konnte die Anstalt Eglfing bezogen werden und 14 Monate später war der Krankenstand am 1. September 1906:

in Eglfing	503 M.	487 Fr.	990 Sa.
in Gabersee	385 M.	356 Fr.	741 Sa.
Tot.-Sa.:	888 M.	843 Fr.	1731 Sa.

Die Zunahme betrug also in 14 Monaten 226 Köpfe = 15% und auf ein Jahr berechnet 12,86%. In den Jahren 1907 bis 1912 betrug die jährliche Zunahme des Krankenstandes in den beiden Anstalten 4,80%, 4,13%, 4,86%, 5,85% und 3,43%, im Durchschnitt 4,61%, eine immerhin hohe Ziffer, die aber noch gewaltig anschwoll mit der Belegung der Anstalt Haar.

Am 20. Oktober 1912 waren

in Eglfing	718 M.	727 Fr.	1445 Kranke
in Gabersee . . .	438 M.	394 Fr.	832 Kranke
Sa.:	1156 M.	1121 Fr.	2277 Kranke.

Ende Oktober 1912 konnten die Evakuierungen von Eglfing nach Haar vorgenommen werden; ab 1. November erhielt Haar einen eigenen Aufnahmebezirk und nun gestaltete sich innerhalb der nächsten 14 Monate — bis 31. Dezember 1913 — der Krankenstand folgendermaßen:

Am 31. Dezember 1913

in Eglfing	598 M.	580 Fr.	1178 Sa.
in Gabersee	454 M.	400 Fr.	854 Sa.
in Haar [1])	271 M.	251 Fr.	522 Sa.
Sa.:	1323 M.	1231 Fr.	2554 Sa.

In 14 Monaten eine Zunahme von 277 Pfleglingen = 12,16% und auf ein Jahr berechnet von 10,42%. Trotz der hohen Jahreszunahme ist erfreulicherweise eine Abnahme gegen das Jahr 1905 zu konstatieren, wo die prozentuale Jahreszunahme 12,86% erreichte.

Nach den bisherigen Erfahrungen sollte der Stand in den nächsten drei Jahren nicht über 108 + 113 + 123 = 344 Köpfe zunehmen. Entsprechend der nun erweiterten Fürsorge müßte sogar eine Abnahme des bisherigen prozentualen Zuwachses von 4,61% in normalen Jahren eintreten. Trotzdem läßt sich mit Sicherheit voraussagen, daß Ende 1917 bereits eine neue Überfüllung in allen drei Anstalten sich fühlbar machen wird und daß schon vorher an die vorgesehene Erweiterung der Anstalt Haar wird herangetreten werden müssen.

Daß bei dieser Zunahme die Aufnahmeziffer erheblich gestiegen sein muß, ist klar. Sie betrug in Eglfing 1907 bis 1909: durchschnittlich 588, 1910 bis 1912: 596 Aufnahmen, 1913 aber in Eglfing und Haar 517 + 336 [2]) =853, auffällig ist aber, daß trotz der Abzweigung der südlichen Hälfte Münchens von unserem Aufnahmebezirk zu demjenigen der Anstalt Haar unsere Aufnahmen nur um 13% abgenommen haben.

Es könnte daher den Anschein haben, als ob die Berechnung, welche der neuen Einteilung der Aufnahmebezirke zugrunde gelegt wurde, eine unrichtige gewesen wäre. Allein dies ist nicht der Fall. Um die Richtigkeit und Bewährung der neuen Bezirkseinteilung von Anfang an zu kontrollieren, haben die An-

[1]) Exkl. 24 Kinder.

[2]) Abzüglich 67 Kindern und 18 von Eglfing nach Haar verlegten Erwachsenen.



stalten Haar und Eglfing seit 1. November 1912 vierteljährlich Übersichten über die Herkunft ihrer Aufnahmen aus München, aus den Landbezirken und aus Gefängnissen ausgetauscht.

Hierbei ergab sich in den ersten vier Abschnitten folgendes:

Aufnahmen:		Total:	
Haar	199 M.	133 Fr.	332 Sa.
Eglfing	271 M.	218 Fr.	489 Sa.
davon aus München III. Klasse:			
Haar	174 M.	110 Fr.	284 Sa.
Eglfing	195 M.	155 Fr.	350 Sa.

In dem Berichte vom 7. Juli 1912 hatte ich bei meinen Vorschlägen für die Neueinteilung der Aufnahmebezirke berechnet, daß die Stadt München im Verhältnis von 11 : 9 zwischen Eglfing und Haar aufgeteilt werden müsse; dieses Verhältnis ist wie beabsichtigt in der Tat eingetreten bezüglich der Gesamtaufnahmen aus der Stadt München, doch verhalten sich die beiden Geschlechter auffälligerweise different, wie folgende Zahlen zeigen.

Aufnahmen aus der Stadt München vom 1. November 1912 bis 31. Oktober 1913:

im ganzen Eglfing : Haar = 350 : 284 = 11,09 : 9,
Männer Eglfing : Haar = 195 : 174 = 10,08 : 9,
Frauen Eglfing : Haar = 155 : 110 = 12,68 : 9.

Der Norden Münchens liefert demnach prozentual mehr weibliche Aufnahmen, obwohl beide Stadthälften nahezu das gleiche Prozentverhältnis der Geschlechter zeigen. Ob die Ursache dieser Erscheinung in den häufigeren Erkrankungen der im wohlhabenderen Norden der Stadt zahlreicheren weiblichen Dienstboten oder in anderen Umständen zu suchen ist, kann heute noch nicht gesagt werden, jedenfalls machte sie sich in den ersten Quartalen namentlich in den unruhigen Wachstationen der Frauenabteilung sehr fühlbar und erforderte am 22. April und 31. Juni die Verlegung von je sechs wachbedürftigen, unruhigen weiblichen Kranken in die Anstalt Haar.

Auf den vier Pavillons für Weibliche der I. und II. Verpflegsklasse führte die im letzten Berichte schon geschilderte Überfüllung allmählich zu unhaltbaren Verhältnissen. Am 30. Juni wurde deshalb im Erdgeschoß des Frauen-Lazarettflügels eine weitere Wachabteilung für diese Kranken provisorisch eingerichtet. Im Oktober wurde der neue Frauenpavillon für I. und II. Klasse fertiggestellt und am 28. November belegt, als mit Ablauf der Urlaube Personal verfügbar wurde. Das neue Haus enthält in zwei Abteilungen 10 Zimmer mit 1 oder 2 Betten je nach Verwendung und 4 gemeinschaftliche Zimmer mit 14 Betten, je eine große Wohndiele mit anstoßendem Speisezimmer und die üblichen Nebenräume. Der übersichtliche Grundriß, die freundlich-behagliche Ausstattung und die große Anzahl von gemütlichen Separatzimmern lassen diesen zweckmäßigen Neubau namentlich für Überwachungsbedürftige der I. Verpflegsklasse sehr begrüßen.

Auch auf der Herrenabteilung drängten die Verhältnisse auf einen ähnlichen Neubau in Bälde. Eine Kommission der Kgl. Kreisregierung und des ständigen Landratsausschusses unter Zuziehung der dem oberbayerischen Landrate als Mitglieder angehörenden Ärzte nahm daher am 16. Oktober in Eglfing nach einem Vortrage von Dr. Vocke eine Besichtigung vor, erkannte einstimmig die Notwendigkeit der Erbauung eines Pavillons für männliche Kranke I. und II. Klasse an und beschloß, den Bau sofort beginnen zu lassen, einerseits wegen des dringenden Bedürfnisses, andererseits mit Rücksicht auf die erhebliche Kostenersparnis, nachdem der Unternehmer der letzten Bauten in Eglfing und Haar bei sofortigem Baubeginn seine bisherigen Einzelpreise aufrecht erhielt, und endlich in Anbetracht der zunehmenden Arbeitslosigkeit in München. Das Landratsplenum genehmigte am 18. November unter Bewilligung der erforderlichen Mittel im Betrage von 160 000 M einstimmig diesen Beschluß. In einer separat zugänglichen Kellerabteilung dieses Pavillons sind vier Räume für die Zubereitung und Lagerung der Limonaden vorgesehen, da bei dem jetzigen Umfange dieses Betriebszweiges, der jährlich 600 000 Flaschen liefert, die jetzigen Räume im Kellergeschoß des Verwaltungsgebäudes unzureichend sind. Der neue Betrieb wird mit den modernsten Apparaten ausgestattet werden, die größte Sauberkeit und einen sehr ökonomischen Betrieb in der Materialverwendung ermöglichen.

Mit dem Neubau wurde noch im Oktober begonnen nach dem gleichen Grundrisse wie dem des neuen Damenhauses, zurzeit ist die Montage der Heiz- und Wasserinstallationen fast beendet und Ende September wird die Belegung möglich sein. Weitere Krankenabteilungen sollen in Eglfing, das hiermit auf 1226 Normalplätze — wovon 270 I. und II. Klasse — gebracht wird, alsdann nicht mehr errichtet werden.

Trotz dieser erheblichen Anforderungen für zwei Erweiterungsbauten in so kurzer Zeit haben die Kgl. Regierung und der oberbayerische Landrat sich einigen anderen dringlichen baulichen Bedürfnissen der Anstalt und des Kreisgutes Eglfing nicht verschlossen und auch hierfür die erforderlichen Mittel bereit gestellt, zu welchen wir erfreulicherweise den Betrag von 40 000 M aus Erübrigungen des Rechnungsjahres 1912 beisteuern konnten.

Über die Verhältnisse im Krankenstande gibt neben den Tabellen das folgende Zahlenmaterial näheren Aufschluß.

Die Krankenbewegung im Jahre 1913:

Stand am 1. Januar 1913 . . .	1103	(549 M., 554 Fr.)
Zugang	517	(288 M., 229 Fr.)
Summe aller Verpflegten . . .	1620	(837 M., 783 Fr.)
Abgang	442	(239 M., 203 Fr.)
Stand am 31. Dezember 1913 .	1178	(598 M., 580 Fr.).

Die 1178 Pfleglinge vom Jahresschluß verteilen sich, nach ihrer Heimat ausgeschieden, in folgender Weise auf die einzelnen Verpflegsklassen:



Heimat	I. Klasse		II. Klasse		III. Klasse		Summa		Total-Summe
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
Stadt München . .	7	16	46	72	368	374	421	462	883
In unseren ländlichen Bezirken	—	—	5	4	70	53	75	57	132
Aufnahmebezirk Haar	—	1	4	2	3	2	7	5	12
Aufnahmebezirk Gabersee	—	4	13	15	37	13	50	32	82
Im übrigen Bayern .	2	1	4	3	9	4	15	8	23
In anderen deutschen Bundesstaaten . .	—	—	4	3	16	6	20	9	29
Im Ausland	—	—	1	1	9	6	10	7	17
Summa	9	22	77	100	512	458	598	580	1178

Der Stadt München gehören demnach 74,9% der Pfleglinge an.

Aus dem Aufnahmebezirk Gabersee stammen 32 Kranke in I. und II. Klasse und 50 Kranke III. Klasse.

Aufgenommen wurden 517 (288 M., 229 Fr.). Davon waren beheimatet:

in München-Stadt . . . . . . 300 (154 M., 146 Fr.)
in unseren ländlichen Bezirken . 54 (31 M., 23 Fr.)
im Aufnahmebezirk Haar . . . 4 (2 M., 2 Fr.)
im Aufnahmebezirk Gabersee . . 35 (17 M., 18 Fr.)
in anderen bayer. Kreisen . . . 58 (33 M., 25 Fr.)
im übrigen Deutschland . . . . 36 (28 M., 8 Fr.)
im Ausland . . . . 30 (23 M., 7 Fr.).

Der Heimat nach stammen nur 58% der Aufgenommenen aus München, das uns aber nahezu alle Aufnahmen von Nichtkreisangehörigen verursacht.

Dem Wohnorte nach lieferte München 91,1% aller Aufnahmen, und zwar:

Aus der Stadt München:

Aus der psychiatrischen Klinik . 215 (105 M., 110 Fr.)
Auf polizeiliche Einweisung . . 196 (128 M., 68 Fr.)
Gemäß § 81 StrPO. . . . . . 7 (6 M., 1 Fr.)
Gemäß § 656 ZPO. . . . . . — (— M., — Fr.)
Aus Privatanstalten . . . . . 11 (4 M., 7 Fr.)
Auf Antrag der Angehörigen . . 30 (12 M., 18 Fr.)
Freiwillig . . . . 12 (8 M., 4 Fr.)
Sa.: 471 (263 M., 208 Fr.).

Von auswärts:

Auf polizeiliche Einweisung . . 8 (4 M., 4 Fr.)
Gemäß § 81 StPO. . . . . 1 (1 M., — Fr.)
Aus anderen Anstalten . . . . 25 (15 M., 10 Fr.)
Auf Antrag der Angehörigen . . 12 (5 M., 7 Fr.)
Sa.: 46 (25 M., 21 Fr.)
Total: 517 (288 M., 229 Fr.).

Verpflegt wurden von den Aufgenommenen in
I. Klasse . . . 10 (6 M., 4 Fr.)
II. Klasse . . . 79 (44 M., 35 Fr.)
III. Klasse . . . 428 (238 M., 190 Fr.).

— **Erbsyphilis und Nervenkrankheiten.** Hierüber enthält der Bericht: Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1911 (Leipzig 1913) folgende Mitteilung aus der Landesanstalt Chemnitz-Altendorf: Bei den im Jahre 1911 Eingelieferten, 62 Knaben, 60 Mädchen, war vererbte Syphilis viermal vermerkt, hierzu kommen drei Fälle fraglicher Art. Die wirkliche Anzahl ist wohl viel höher gewesen. So werden wahrscheinlich folgende Zahlen in der Hauptsache auf Rechnung der Syphilis zu setzen sein. Aus 114 Familien wurden 588 Geburten gemeldet, von welchen 10 Totgeburten, 30 Fehlgeburten waren und 175 Kinder betrafen, die sehr frühzeitig starben; am Leben blieben 373 Kinder. Von letzteren sind 122 in die Anstalt aufgenommen worden. Da nach erhaltenen Mitteilungen noch 32 Geschwister nervenkrank, geistig minderwertig oder epileptisch waren, so sind von den 588 Früchten mehr als 60%, von den Überlebenden über 41% für das Leben als mehr oder weniger untauglich anzusehen

Anstaltsnachrichten.

— **Heil- und Pflegeanstalt „Philippshospital", Goddelau vor Darmstadt.** Im Felde: Oberarzt Dr. Dannenberger als Stabsarzt, Ass.-Arzt Löwer. — Auswärts an Lazaretten tätig: Oberarzt M.-R. Dr. Schneider, Oberarzt Dr. Peters, Oberarzt Dr. Weifenbach. — Zurückgeblieben: Direktor Oberarzt Dr. Lindenborn, Assistenzärzte Dr. Roese und Dr. Lahm, Assistenzärztin Dr. Dinkelacker. — Krankenbestand: 1260. — Rotes-Kreuz-Lazarett für 100 Betten eingerichtet, das nebenbei von der Anstalt in jeder Hinsicht versorgt wird. Die Anstaltsärzte sind im Nebenamte darin tätig. Belegung am 30. Oktober 70 Verwundete. In der Anstalt zurzeit ein deutscher Soldat mit psychischer Störung, desgleichen ein Franzose.



Personalnachrichten.

— **Sanatorium Birkenhof** bei Greifenberg in Schlesien. Dem Oberarzt des hiesigen Sanatoriums, Dr. Kaul, als Arzt bei einem Kavallerie-Regiment im Felde tätig, wurde das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarzweißen Bande verliehen.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 33/34. 21. November **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Bromsalz und Kochsalz in der Behandlung der Epilepsie.

Von Dr. **A. Ulrich,** dirig. Arzt der Schweiz. Anstalt für Epileptische in Zürich.

I.

Im Gegensatz zu meinem Befunde berichteten im Heft 20 bis 22 dieser Wochenschrift Alter und Thumm, daß es ihnen sowohl bei intravenöser als bei peroraler Zufuhr größerer Kochsalzmengen nicht gelungen sei, Anfälle bei Epileptikern zu provozieren. Aus diesem Versuche werden von den Autoren dann auch sehr weitgehende Schlüsse über die ganze Therapie der kochsalzarmen Diät gezogen.

Die Versuche von Alter und Thumm sind geeignet, zu großem Mißverständnis zu führen. In meinen Versuchen hatte ich gezeigt, daß man bei bromisierten Epileptikern, deren Anfälle durch Brom unterdrückt wurden, so daß sie schon seit längerer Zeit nicht wiederkehrten — es handelte sich in diesen Versuchen um anfallsfreie Wochen und Monate! —, Anfälle durch große Kochsalzgaben provozieren kann. Es müssen also zwei Voraussetzungen erfüllt sein, wenn die Provokation von Anfällen durch Kochsalz wirklich gelingen soll: Der Patient muß einige Zeit vorher mit Brom behandelt worden sein und es müssen durch diese Brombehandlung seine ohne Brom zahlreicher wiederkehrenden Anfälle für einen längeren Zeitraum unterdrückt worden sein. Nur wo diese beiden Voraussetzungen gegeben sind, kann man erwarten, Anfälle durch Kochsalz zu provozieren. (Wir haben übrigens dieses Experiment inzwischen dutzendfach mit Erfolg wiederholt.) Was wir mit der Kochsalzzufuhr bezwecken, ist ja nur die Herausbeförderung eines bestimmten Anteils von Brom aus dem Organismus, eine Störung des Bromgleichgewichtes, eine Verdrängung von Brom durch Chlor. Es kann also von einer Provokation von Anfällen ausschließlich nur da die Rede sein, wo Anfälle für längere Zeit durch eine fortgesetzte Brombehandlung unterdrückt waren.

Sehen wir nun zu, inwieweit die Versuche von Alter und Thumm diesen Voraussetzungen entsprechen. Von den 32 Patienten, denen Alter und Thumm größere Kochsalzmengen zuführten, haben nur 7 Brom bekommen; die übrigen 25 Pat. sind ohne Brom behandelt worden und es trifft bei diesen die erste Voraussetzung für die Möglichkeit einer Provokation von Anfällen durch Kochsalz nicht zu. Diese 25 Fälle fallen mithin außer Betracht. Wie liegen nun die Dinge bei den 7 mit Brom behandelten Patienten? Sämtliche mit Brom behandelte Patienten haben kurz vor den Kochsalzversuchen zahlreiche Anfälle gehabt. Die Zahl der Anfälle in den zwei den Kochsalzversuchen vorausgehenden Wochen beträgt nach den Tabellen von Alter und Thumm:

Nummer des Falles	Zahl der Anfälle während der 2 Wochen vor den Versuchen
Tabelle A Nr. 4.	9
Tabelle A Nr. 5.	16
Tabelle A Nr. 9.	3
Tabelle B Nr. 1.	6
Tabelle B Nr. 2.	14
Tabelle B Nr. 11.	13
Tabelle B Nr. 13.	5.



Es waren also bei den in Betracht kommenden 7 Patienten die Anfälle keinesfalls durch das Brom unterdrückt worden und es war also auch in diesen 7 Fällen nicht wahrscheinlich, daß es gelingen würde, bei ihnen Anfälle durch Kochsalz zu provozieren. Von den 7 mit Brom behandelten Patienten bekamen 3, A 5 und 9 und B 11, in den auf die ersten Kochsalzgaben folgenden Tagen gehäufte Anfälle und wir können daraus zu unseren Gunsten folgern, daß bei ihnen die Kochsalzzufuhr doch Anfälle provoziert habe; aber wir legen auf diese Feststellung kein Gewicht, weil es eben ganz unmöglich ist, Schlüsse aus diesen Versuchen zu ziehen, die von falschen Voraussetzungen ausgehen. Die Annahme von Alter und Thumm, man müsse bei Epileptikern durch große Kochsalzgaben unbedingt Anfälle provozieren können, entbehrt jeglicher Begründung. Anfälle durch Kochsalz zu provozieren, müßte möglich sein, wenn die Epilepsie eine Anomalie des Kochsalzstoffwechsels wäre, etwa wenn die Erregbarkeitssteigerung des Großhirns, die wir für die Epilepsie verantwortlich machen, auf einer Überladung des Blutes mit Kochsalz beruhte, was aber ja nicht der Fall ist. Die Pathogenese der Epilepsie oder des epileptischen Anfalls steht an und für sich in gar keinem Zusammenhang mit dem Kochsalzstoffwechsel des Organismus. Die Beziehungen zwischen dem Kochsalzstoffwechsel und der Epilepsie sind erst hergestellt worden durch die Bromtherapie. Erst aus der Tatsache, daß ein Antagonismus zwischen Brom und Chlor in unserem Stoffwechsel vorhanden ist, resultiert unser Interesse für den Kochsalzstoffwechsel bei der Epilepsie. Es stehen somit die Versuche von Alter und Thumm, soweit sie an nicht bromisierten Epileptikern ausgeführt worden sind, in keinem Zusammenhang mit den praktischen Problemen der Bromtherapie bei kochsalzarmer Diät.

II.

Auf Grund einer Reihe experimenteller pharmakologischer und klinischer Beobachtungen, die an die Namen einer großen Anzahl von Autoren geknüpft sind, ist man zur Aufstellung des Begriffes des Antagonismus zwischen Brom und Chlor im tierischen Organismus gelangt. Die Tatsache, daß eine Einfuhr von Bromsalzen in den Organismus mit einer vermehrten Ausfuhr von Chlorsalzen verbunden ist, daß umgekehrt eine vermehrte Einfuhr von Kochsalz eine Elimination von Brom aus dem bromisierten Organismus nach sich zieht, die Tatsache ferner, daß im bromisierten Organismus der Chlorgehalt des Blutes und des Magensaftes beträchtlich vermindert ist und eine äquivalente Menge Brom enthält, — alle diese Tatsachen sind von den Autoren in dem Sinne gedeutet worden, daß ein Antagonismus zwischen Brom und Chlor im tierischen Organismus besteht. Soweit handelt es sich um experimentell erhärtete Tatsachen, die in völlig übereinstimmender Weise von allen Autoren beobachtet worden sind, wie verschiedenartig im einzelnen die Versuchsanordnungen und die analytischen Methoden bei den Autoren auch waren, und der Begriff eines Antagonismus zwischen Brom und Chlor im Organismus ist nur ein sprachlicher Ausdruck, der diese Tatsachen zusammenfaßt, und in den nichts anderes hineingelegt werden darf als eben nur die oben erwähnten experimentellen Erhebungen über die Beziehungen zwischen Brom und Chlor im Organismus.

Auf dem Antagonismus von Brom und Chlor im Organismus sind nun therapeutische Maßnahmen aufgebaut, die heute im Mittelpunkt aller Diskussionen über die Behandlung der Epilepsie stehen. Diese therapeutischen Maßnahmen bestehen darin, die Bromtherapie *mit* einer Regulierung der Kochsalzzufuhr zu verbinden. Nachdem einmal erkannt war, daß ein Antagonismus zwischen Brom und Chlor im oben gezeichneten Sinne besteht, war damit die Forderung gegeben, die Kochsalzzufuhr zu regulieren, wenn anders die Bromtherapie nicht auch fernerhin eine Therapie aufs Geratewohl bleiben sollte, wie sich v. Wyß trefflich ausgedrückt hat.

Aber die oben gezeichneten Erkenntnisse über den Antagonismus zwischen Brom und Chlor deuten auch an, daß man gut tut, die Kochsalzzufuhr bei der Bromtherapie eher im Sinne einer Verminderung des Kochsalzes in der Nahrung *zu* regulieren, denn je mehr Kochsalz in der Nahrung verabreicht wird, desto größer ist die Bromausfuhr aus dem Organismus und desto größer muß auch die Bromdosis sein, wenn ein bestimmter Grad von Bromanreicherung im Organismus erzielt werden soll. Je größer die Luxusmenge des Kochsalzes ist, die der Epileptiker zu sich nimmt, desto größer muß die Bromgabe sein, die dem Kochsalz die Wagschale hält, und je größer die Kochsalzzufuhr ist, desto größer wird die



Bromausfuhr, der Bromverlust des Organismus bei plötzlichem Aussetzen der Bromzufuhr. Da nun aber eine sehr kochsalzarme Diät dem Organismus keinesfalls zuträglich sein kann, habe ich mich auf den Standpunkt gestellt, man müsse die Brombehandlung mit einer moderiert kochsalzarmen Diät kombinieren, bei der in den Organismus noch 5 bis 10 g Kochsalz im Tage eingeführt werden; denn das, was wir mit der Regulierung der Kochsalzzufuhr erstreben, ist doch zunächst nur die Aufrechterhaltung eines bestimmten „Bromgleichgewichtes" im Organismus, wie Laudenheimer sich ausgedrückt hat, nicht etwa eine möglichst weitgehende Verarmung des Organismus an Kochsalz, die den Organismus zugrunde richten würde. An erster Stelle steht die Forderung der Konstanz der Kochsalzzufuhr, der wir eben mit einer moderierten kochsalzarmen Diät am besten gerecht werden können.

Die Möglichkeit, die Praxis der Brombehandlung bei der Epilepsie auf diesen Grundsätzen aufzubauen, ist allerdings an eine gewisse Technik geknüpft, die man beherrschen muß. Aber in dem letzten Berichte über die neue Methode der Epilepsiebehandlung in der Schweizerischen Anstalt für Epileptische konnte gezeigt werden, welche außerordentlichen Erfolge die Mühe des Arztes dabei krönen können, namentlich wenn man sich diese Technik durch Sedobrol erleichtert: Seit Einführung des Sedobrols im November 1911 in der Anstalt für Epileptische sind von ca. 250 stationären Patienten ca. 25% anfallsfrei geworden.

III.

Im Sinne der oben erwähnten Tatsachen, die sich als Antagonismus zwischen Brom und Chlor zusammenfassen lassen, lag es nahe, den Bromismus mit Kochsalz zu behandeln. Laudenheimer hat als erster auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht: Der Gedanke, das Bromdepot des Körpers bei der Bromvergiftung durch Kochsalzgaben zu vermindern, mußte ja ohne weiteres gegeben sein. Meine eigenen diesbezüglichen Versuche haben gezeigt, daß das Kochsalz direkt als Spezifikum gegen Bromismus betrachtet werden muß.

Ferner lag es nahe, Kochsalz auch zur Provozierung von Anfällen zu verwerten. Die Unterdrückung der Anfälle durch Brom führt in manchen Fällen zu psychischen Ausnahmezuständen, die sich durch große Erregung und motorische Unruhe äußern, aber durch die nächsten Anfälle meistens wieder aufgehoben werden. Ich habe gezeigt, daß man diese Zustände erfolgreich mit größeren Kochsalzgaben behandeln kann. Der Mechanismus der Kochsalzwirkung ist hier der, daß das Bromdepot des Organismus durch die Kochsalzeinfuhr vermindert und ein bestimmter Anteil des Broms im Blut wieder durch Chlor ersetzt wird. Das Verhältnis zwischen Chlor und Brom wird dadurch in der Richtung zum Normalen verschoben und damit das Zustandekommen des epileptischen Anfalles ermöglicht.

IV.

Wir haben bisher eine Frage unberührt gelassen, die im Anschluß an die Tatsache des Antagonismus zwischen Brom und Chlor häufig diskutiert worden ist: die Frage, ob es sich bei der Wirkung der Bromsalze auf die Zellen um eine Wirkung von Bromionen handelt oder um eine Wirkung des bei fortgesetzter Bromeinfuhr entstandenen Kochsalzmangels im Körper.

Es ist von vornherein klar, daß es ganz unmöglich ist, diese Frage am intakten Organismus zu entscheiden. Jedes in den Organismus eingeführte Bromsalzmolekül ist mit der Ausfuhr eines Kochsalzmoleküls vergesellschaftet: Wenn das Brommolekül hier zur Wirkung kommt, so ist stets auch eine Wirkung durch den Verlust von Kochsalz gegeben. Es ist nun allerdings Tatsache, daß allein schon die Verarmung des Organismus an Kochsalz, die man durch Verabreichung einer sehr kochsalzarmen Nahrung erzielen kann, Lähmung und Tod des Versuchstieres veranlassen kann, wie Grünwald gezeigt hat. Aber diese Tatsache sagt uns doch nichts darüber aus, ob auch der Kochsalzmangel, der durch Zufuhr von Bromsalzen erzeugt wird, allein das gesamte Vergiftungsbild bei Bromsalzen bestimmt.

Ich habe von Anfang an auf dem Standpunkt gestanden, daß den Bromsalzen auch Wirkungen zukommen, die den Bromionen als solchen eigen sind. Meiner Auffassung nach setzt sich die Wirkung der Bromsalze auf den Organismus aus zwei Komponenten zusammen: Aus einer direkten Wirkung der im Blut kreisenden Bromionen und aus einer Wirkung des Chlormangels im Blut. Bernoulli hat neuerdings mit Sicherheit gezeigt, daß eine Bromnatriumlösung eine stärkere Quellung von Hirnsubstanzen hervorruft als eine äquimolekulare Kochsalzlösung. Ein vermehrter Wassergehalt der lebendigen Substanz bedingt aber eine Abnahme ihrer Erregbarkeit, wie wir das aus den Versuchen von Verworn und Ishikawa wissen. Ebenso aber geben uns die Versuche von



Grünwald allen Anlaß, eine selbständige Wirkung des Kochsalzmangels anzunehmen.

Selbstverständlich ist es sehr wohl möglich, daß der Kochsalzmangel auch so auf die Zellen wirkt, daß er z. B. ihre „Imbibitionsfähigkeit" für das Bromnatrium steigert, wie Richet und Toulouse angenommen haben. Ferner ist es wohl möglich, daß die Wirkung des Kochsalzmangels nichts Spezifisches an sich hat: Bei jedem anderen lebendigen Reiz summiert sich die Wirkung des Kochsalzmangels mit der Wirkung der Bromionen und diese kombinierende Wirkung führt zu einer stärkeren Herabsetzung der Erregbarkeit, als es die Bromionen allein ermöglichen. Aber das sind alles bloße Spekulationen, die für den weiteren Ausbau unserer pharmakologischen Erkenntnisse wohl sehr wertvoll sein mögen, aber momentan noch in keiner Beziehung stehen zum Problem der Bromtherapie.

Soweit Tatsachen vorliegen, habe ich ihnen in der Technik der Brombehandlung, wie sie in unserer Anstalt geübt wird, Rechnung getragen, und der Erfolg ist bei meinen therapeutischen Versuchen nicht ausgeblieben, wie ich in den letzten Publikationen zeigen konnte.

Großherzoglich Badische Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch.

Der Jahresbericht der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch für die Jahre 1911 und 1912 (Karlsruhe 1913, Macklotsche Buchhandlung und Buchdruckerei) enthält zunächst im Abschnitt: Bauliches eine Reihe bemerkenswerter Mitteilungen über Neuerungen und neue Erfahrungen.

Die projektierten Küchenmaschinen mit elektrischem Antrieb (Fleischhackmaschine, Misch- und Knetmaschine mit Passiervorrichtung, Gemüse- und Kartoffelschneidemaschine, Gewürz- und Kaffemühle) sind im Jahre 1911 aufgestellt und in Benützung genommen worden.

Größere Nacharbeiten und Reparaturen erforderten, insbesondere an den älteren Häusern, die Drehflügel, aber nicht wegen ihrer Konstruktion an sich, sondern weil entweder von vornherein fälschlich zu weite Maße angenommen oder weil das Holzwerk geschwunden war. Es entstanden so Lüftungsschlitze bis zu 16 und 16,6 cm Weite, durch die Entweichungen unschwer ausgeführt werden konnten. Mit der Zeit werden diese Öffnungen überall auf das richtige Maß von vorsichtigerweise 13,5 cm eingeengt werden.

Das Fehlen von Verkleidungen um die Rohrleitungen an Heizung, Wasserleitung, Abwasserröhren usw. hat sich wiederholt als mißlich erwiesen und zu Selbstbeschädigungsversuchen der Kranken geführt. Man hat daher an den meistgefährdeten Stellen, insbesondere in den Aborten, eine Rohrverkleidung durch Blechmäntel eingeführt.

In einem Isolierzimmer in MU2 mußte der Parkettboden, da er nicht sicher genug gegen Zerstörung eingepaßt war, durch einen fugenlosen „Sanitasboden", der sich bis jetzt bewährt hat, ausgewechselt werden.

In den Aborten sind statt der Spülkästen die neuerdings in vielen Formen vertriebenen Klosettspülhähne eingeführt worden, von denen sich die Modelle der Firma Forster in München und Krause in Schwarzenberg am besten bewährt haben.

Von den doppelt emaillierten Badewannen haben einige in den Dauerbädern stark Not gelitten, so daß die Emaille teilweise ganz geschwunden ist. Was daran schuld ist, ist nicht aufgeklärt worden, zumal oft danebenstehende und gerade so stark gebrauchte Wannen noch ganz frei von Defekten sind.

Die eine Zeitlang bevorzugten Steinzeugspültröge haben sich im Gebrauche nicht besonders bewährt. Es wurden deshalb die anfänglich verwendeten und erprobten Spültröge aus verzinktem Eisenblech mit zwei Unterabteilungen und gemeinsamem Pitchpineholzrand wieder mehr aufgenommen.

Die Speisekessel aus starkwandigem Aluminium mit einigen neueren, sich gut bewährenden Verbesserungen werden nunmehr von der badischen Firma Ferdinand Gumbel in Sinsheim a. d. Elsenz bezogen.

An den Veranden verschiedener Häuser ist die Anbringung von ausstellbaren Markisen und von Segeltuchunterzügen unter die Glasdächer nötig geworden, um die Veranden einmal vor der Hitze besser zu schützen und andererseits die Lufterneuerung zu erleichtern.

Das neue Irrenfürsorgegesetz mit Vollzugsverordnung hat sich ohne Schwierigkeiten eingebürgert und vollauf bewährt; irgendwelche



Anstände von Bedeutung haben sich nicht ergeben. Die Aufnahmen, insbesondere die fürsorglichen, die die Mehrzahl bilden, wickeln sich denkbar leicht und einfach ab; die Kranken kommen mit einem Angehörigen zur Anstalt und werden, wie in jedem anderen Krankenhause auch, auf eigenen Antrag oder den der Angehörigen und auf das Zeugnis eines auswärtigen Arztes oder auf das Gutachten des die Aufnahme besorgenden Anstaltsarztes hier aufgenommen; die Formalien werden nach der Hand erledigt. Auch die freiwilligen Aufnahmen mehren sich.

Das Beschwerdewesen der Geisteskranken wegen Zurückhaltung in der Anstalt hat zwar anfänglich zugenommen und die Behörden, insbesondere der Gr. Verwaltungsgerichtshof, sind damit eine Zeitlang stark in Anspruch genommen worden; auch den Anstaltsärzten erwuchs durch die Begutachtung solcher Fälle manche Mehrarbeit. Im ganzen genommen darf man aber wohl sagen, daß dieses Verfahren, trotzdem es den Kranken bisher in keinem einzigen Falle einen Erfolg ihrer Bemühungen gebracht hat, doch wesentlich zur Beruhigung der Pfleglinge beigetragen, den ärztlichen Dienst erleichtert und die Stellung der Ärzte und des Direktors gerade schwierigen Kranken (Kriminellen und Querulanten) gegenüber nicht unwesentlich gefestigt hat. Die Kranken wissen, daß ihre Eingaben unter allen Umständen bis zur höchsten Instanz verfolgt werden; sie erhalten durch Zustellungen Kenntnis von dem Fortgang des Verfahrens, sie wissen auch, daß der Arzt und die Direktion über ihren Fall gehört werden. Und sie nehmen die endgültige Entscheidung, auch wenn sie gegen sie ausfällt, meistens ohne größere Erregung hin; sie haben ihren Prozeß durch alle Behörden bis zum Schlusse durchgeführt und beruhigen sich dabei dauernd oder wenigstens für geraume Zeit.

Unter dem 7. April hatte das Gr. Ministerium des Innern folgenden Erlaß über den Beizug von Rechtsanwälten durch Geisteskranke der Heil- und Pflegeanstalten herausgegeben:

„Ministerium des Innern.

Wir übersenden im Anschlusse Abschrift der von uns erhobenen Äußerung des Großh. Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts vom 24. März 1911 Nr. B 2675 zur Kenntnisnahme mit dem Auftrage, künftig hiernach zu verfahren. Dabei ist zu beachten, daß nur die wegen Geisteskrankheit entmündigten Personen nach § 104 Ziffer 3 BGB. geschäftsunfähig sind, während die wegen Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung entmündigten Personen nach § 114 BGB. in der Geschäftsfähigkeit nur beschränkt und zum Einspruch und zur Klage nach dem Irrenfürsorgegesetz befugt sind.

Soweit die Zuziehung eines Rechtsanwalts hiernach nicht verhindert werden kann und dieselbe nicht im Auftrage der zahlungspflichtigen Angehörigen oder des gesetzlichen Vertreters des Kranken erfolgt, sind diese von der Zuziehung zu verständigen mit dem Bemerken, daß die Anstaltsverwaltung nicht in der Lage sei, die Zuziehung zu verhindern.

I. V.: gez. Glockner.

Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts.

Der Verkehr von in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Kranken, soweit dieselben nicht geschäftsunfähig sind (vgl. § 104 BGB.), mit auf ihre Veranlassung und ihren Wunsch hin sie besuchenden Rechtsanwälten findet unseres Erachtens nur in den Vorschriften der Hausordnung und dem Gesundheitszustand der Kranken selbst, sofern dieser etwa einen Verkehr mit dritten Personen als für sie schädlich erscheinen läßt, eine Schranke. Abgesehen davon, daß diese Kranken unter Umständen zur Besorgung der verschiedenartigsten Rechtsangelegenheiten eines juristischen Beistandes bedürfen, steht ihnen nach §§ 4, 5, 9 des Irrenfürsorgegesetzes auch ein Recht auf Klage bezw. Einspruch gegen ihre Unterbringung bezw. Zurückbehaltung in der Anstalt zu, und, soweit sie auch zur Geltendmachung dieser Rechte der Zuziehung eines Rechtsanwaltes nicht unbedingt bedürfen sollten, so kann ihnen doch die Zuziehung eines solchen nicht versagt werden.

Anders wird die Frage bei geschäftsunfähigen, insbesondere also bei entmündigten Personen sich gestalten, da diese im allgemeinen keine Rechtshandlungen ohne ihren gesetzlichen Vertreter vornehmen können, ein Verkehr des Rechtsanwalts mit ihnen daher in der Regel nicht nötig fallen, sondern der Verkehr zwischen dem Rechtsanwalt und dem gesetzlichen Vertreter des Entmündigten genügen wird.

Aber auch hier kommt in Betracht, daß, insoweit der Entmündigte seine Entmündigung bekämpfen will, die Zivilprozeßordnung ihm hierfür verschiedene Rechtsbehelfe an die Hand gegeben hat (vgl. §§ 664, 675, 679 Abs. 3 ZPO.), deren er sich in eigener Person ohne Zuziehung seines gesetzlichen Vertreters bedienen kann,



und daß, sofern er behufs Geltendmachung dieser Rechte sich eines Rechtsanwalts bedienen will, ihm dies nicht versagt werden kann. Es wird daher auch der Verkehr entmündigter Geisteskranker mit Rechtsanwälten nur insoweit gehindert werden können, als es sich dabei nicht um die Aufhebung der Entmündigung handelt, sondern um die Wahrnehmung anderer Rechte, welche der Entmündigte überhaupt nicht selbständig, sondern nur durch seinen gesetzlichen Vertreter geltend machen kann.

I. V.: gez. Hübsch."

Die Verpflegungskosten der III. Klasse wurden durch die Ministerialverordnung vom 3. Oktober 1911 von dem Minimalsatz von 450 M auf 500 M erhöht; der Höchstsatz bleibt 600 M.

Die Fürsorge für entlassene Geisteskranke wurde insbesondere in den größeren Städten des Bezirks der Anstalt nach Möglichkeit gefördert. Außer in Mannheim wurden auch in Heidelberg und Karlsruhe Fürsorgeorganisationen geschaffen, deren Zentrale die Gr. Bezirksämter bilden; von hier aus werden in den einzelnen Stadtbezirken und für die einzelnen hilfebedürftigen Kranken oder Familien, Kinder der Kranken die jeweiligen Fürsorgepersonen (vertrauenswürdige Männer und Frauen), sowie die nötigen Fürsorgemaßnahmen, wo nötig in Verbindung mit der Anstalt, bestimmt. Für die zur Entlassung kommenden Kranken wird in geeigneten Fällen von der Anstalt, und zwar vom behandelnden Arzte, ein Fragebogen ausgefüllt, der über Person, Vorleben und Eigenart des Kranken, sowie über Beschaffung von Arbeitsgelegenheit und sonstige Vorkehrungen (Alkoholabstinenz usw.) im Interesse des Kranken und seines Fortkommens in der Außenwelt zweckdienliche Aufklärung geben soll. Auch für ländliche Bezirke würde sich nach Ansicht der Anstalt eine Ausdehnung solcher Hilfsmaßregeln, wenn auch in etwas veränderter Form, sehr empfehlen, da es gerade hier oft am schwersten fällt, das nötige Verständnis und die richtige Fürsorge bei der Umgebung des Kranken zu finden.

Der schon im letzten Jahresbericht beklagte häufige Ärztewechsel hielt auch in den letzten zwei Jahren, wenn auch in weniger starkem Grade, an und erschwerte den ruhigen Gang der Dienstgeschäfte.

Die einlaufenden Bewerbungen sind jeweils wenig zahlreich; man kann daher das Abraten des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes von der Aufnahme des ärztlichen Studiums wegen Überfüllung des Berufs, wenigstens vom Standpunkte der Hilfsärzte suchenden Anstaltsdirektoren aus, nicht recht verstehen. Sehr zu bedauern ist ferner besonders der geringe Zugang von jungen einheimischen, d. h. badischen Kollegen. Für sie scheint die Anstaltspsychiatrie so gut wie keine Zugkraft zu besitzen, trotz der erheblich verbesserten Gehaltsverhältnisse und trotz der gegenwärtig angesichts des Neubaues dreier großer Anstalten so günstigen Chancen in der Anstaltskarriere.

Andererseits besteht da und dort, wie der Anstaltsleitung gelegentlich zu Ohren kam, die irrtümliche Auffassung, als ob außerbadische Ärzte an badischen Anstalten gegen Badener im Aufrücken hintangesetzt würden. Das ist durchaus nicht der Fall; sie werden gerade so gefördert wie badische Kollegen, erhalten sie doch auch mit dem Eintritt die badische Beamteneigenschaft, ohne indes die seitherige Staatsangehörigkeit zu verlieren.

Wachabteilungen: Es standen unter ständiger Aufsicht und Bettbehandlung auf der Männerseite 260 Kranke = 41,6%, auf der Frauenseite 259 = 41,9%.

Die Einrichtung der Dauerwache bewährte sich auch in den beiden Jahren. Eine Kontrolluhr war entbehrlich. Der Bericht enthält hier bemerkenswerte Angaben und Fingerzeige über das Körpergewicht der Wachpersonen.

Arzneibehandlung: Bei innerlicher Anwendung von täglich zweimal 0,3 bis 0,4 Luminal wird ein lang anhaltender, dabei aber nicht tiefer Schlaf gerühmt, so daß die Kranken dazwischen essen können. Von antiepileptischen Mitteln wurden Cerebrin-Poehl und Ureabromin ohne Erfolg angewendet; mit Eleptin wurde in vereinzelten Fällen ein guter Erfolg erzielt; ferner wurde die Behandlung mit Sedobrol begonnen. Von Nebenwirkungen bei Arzneimitteln wurde mehrfach Harnverhaltung bei Paralytikern durch Veronal beobachtet. Das subkutane Abführmittel Peristaltin ergab keine Resultate.

Von der Anstaltsapotheke aus wurden in beiden Berichtsjahren durchschnittlich 350 Untersuchungen ausgeführt, teils physiologischer Art, teils Untersuchungen von Nahrungsmitteln. Sehr bewährt hat sich die ständige Kontrolle der gelieferten Milch.

Limonade- und Sodawasserfabrikation: In dem von der Firma Helbing G. m. b. H. Mannheim für rund 1000 M gelieferten Apparat „Isonova" erhielt die Anstalt einen Apparat, der allen Anforderungen gerecht wird: einfache Handhabung, sparsamer Kohlensäureverbrauch, wenig Flaschenbruch. Der Sirup fließt automatisch zu, das gesättigte kohlensaure Wasser fließt nur durch Eigengewicht in die eingespannte Flasche, die in-



folgedessen ruhig und leicht zugemacht werden kann.

Unterhaltungen: Im Jahre 1911 wurde der Spielplatz auf der Frauenseite in Benützung genommen und von Kranken und Wärterinnen unter Leitung der Oberwärterinnen Bewegungsspiele im Freien von verschiedener Art (Ball-, Fang-, Reifenspielen usw.) betrieben, ein abwechslungsreiches, anregendes und sehr beliebtes Unterhaltungsmittel (cf. Dr. Langer-Jerichow, Psychiatr.-neurol. Wochenschrift Jahrgang 1912/13 Nr. 39).

Beköstigung: Statt des regulären halbweißen Brotes wird abwechslungsweise sogen. Finalbrot, ein dunkleres, ebenso nahrhaftes wie schmackhaftes Brot gereicht. Es wird zu einem gewissen Prozentsatz mit Finalmehl zubereitet, einer Mehlsorte, die das durch ein besonderes Verfahren aufgeschlossene Eiweiß der Kleie enthält und dadurch an Eiweiß-, Fett- und Nährsalzgehalt die gewöhnlichen Mehlsorten übertrifft.

Besondere Vorkommnisse: Ein melancholischer Kranker, der auf der Gärtnerei beschäftigt war, wußte sich der Überwachung zu entziehen. Beim Suchen wurde nur der Arbeitskittel gefunden. Es wurde darauf der als Polizeihund dressierte Hund eines Arztes geholt, der nach Witterung an dem Kittel bald die Spur aufnahm, die durch eine Bohnenanlage in eine Erdhütte (Gemüseüberwinterungshaus) führte; die Hütte war kurz vorher von dem Oberwärter abgesucht worden. Der Hund verbellte den Kranken, der bereits die Schlinge um den Hals hatte und schon ganz benommen war.

Mitteilungen.

— Dem Bericht: **Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1911** (Separatabdruck aus dem 43. Jahresberichte des Königl. Landes-Medizinal-Kollegiums über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1911; Leipzig 1913, Verlag von. F. C. W. Vogel) entnehmen wir folgende beachtenswerte Mitteilungen:

In Untergöltzsch versuchte man in mehreren Fällen von Paralyse eine Behandlung mit Salvarsan, zwar ohne Schaden, aber auch ohne irgendwelchen Erfolg. In Hochweitzschen wurden auch die neueren gegen Epilepsie empfohlenen Heilmittel in Anwendung gezogen: Das Epileptol hatte nach Aussage des Berichterstatters einen nachhaltigen Erfolg, Sabromin zeigte vielfach gute Wirkungen bei Kranken, die bei Bromkali und Bromnatrium keinen Erfolg oder üble Nebenwirkungen aufwiesen. Spasmosan hatte in mehreren Fällen günstigen Erfolg, ist aber sehr teuer. Auch Ureabromin wurde mit Erfolg angewendet; freilich kehrte man nach manchen Versuchen mit neueren Arzneimitteln zum altbewährten Bromnatrium zurück. Es wird darüber geklagt, daß die Preise für die Bromsalze infolge Ringbildung der chemischen Fabriken bedeutend gestiegen sind.

Was die körperlichen Erkrankungen der Anstaltsinsassen betrifft, so wird im vorliegenden Bericht besonders der Infektionskrankheiten in den einzelnen Anstalten gedacht. In Großschweidnitz erkrankte ein Paralytiker an Gesichtsrose und genas. 1 Patient, 2 Patientinnen und 1 Schwester erkrankten im Berichtsjahre an Typhus abdominalis. Die erkrankte Schwester stand in freundschaftlichem Verkehr mit einer vor einigen Jahren von Typhus befallenen Schwester, bei der die Widalsche Reaktion positiv geblieben war, bei der sich aber niemals Bazillen im Stuhl gefunden hatten. Die betreffende Schwester wurde in die Anstalt Hubertusburg versetzt, um auf der dort eingerichteten Abteilung für Bazillenträgerinnen Dienst zu tun. Die im Berichtsjahr erkrankte Schwester genas vom Typhus, erkrankte jedoch psychisch. Der zweite Fall betraf eine 35 jährige Patientin, die bald genas; die Infektionsquelle blieb unbekannt. Im dritten Fall handelte es sich um eine 64 jährige Geisteskranke, die bei der großen Großschweidnitzer Epidemie im Jahre 1908 Unterleibstyphus überstanden hatte; später war sie wegen Gallensteinleidens behandelt worden, auch hatte sie wiederholt fieberhafte Zustände gehabt. Die neue Erkrankung zog sich sehr lange hin, die Kranke mußte als Keimträgerin angesehen werden, bei der wiederholt Selbstinfektion stattgefunden hat. Da ihre Anwesenheit für den Betrieb der freien Anstalt recht bedenklich erschien, wurde sie in die Keimträgerinnenabteilung nach Hubertusburg versetzt. Der vierte Fall endlich betraf einen Anfang 1911 in Großschweidnitz aufgenommenen 41 jährigen Mann, der Mitte November typhös erkrankte; die Krankheit verlief leicht. Nachforschungen über die Infektionsquelle ergaben, daß die Frau des Kranken im Sommer an „Influenza mit Nervenschwäche" gelitten hatte. Die Angehörigen hatten beim Besuch oft Nahrungsmittel von daheim mitgebracht und vielleicht bei dieser Gelegenheit Typhuskeime eingeschleppt.

Nach dem Bericht des Anstaltsarztes Dr. Böttcher über die Tätigkeit des bakteriologischen Laboratoriums in Hubertusburg kam im Berichtsjahre kein einziger Fall von Typhus innerhalb dieser Anstalt vor. Die Stuhlgänge der letzten Bazillenträgerinnen erwiesen sich bei jeder Untersuchung noch als typhusbazillenhaltig, die Untersuchung von Blut und Stuhlgang der von einer kleinen Epidemie von fieberhaftem Darmkatarrh Befallenen ergab, daß kein Typhus vorlag. Im

ganzen wurden 1270 Widalsche Blutuntersuchungen an 500 Personen ausgeführt. Zwei Bazillenträgerinnen starben, die eine an katarrhalischer Lungenentzündung; auf den von Galle, Milz und Knochenmark angelegten Agarplatten wuchsen Reinkulturen von Typhusbazillen. Die andere Bazillenträgerin starb an kroupöser Lungenentzündung, hier war der Befund in den aus Milz und Knochenmark angelegten Agarplatten negativ, während die aus der Gallenflüssigkeit angelegten Platten Reinkulturen von Typhusbazillen ergaben. Außerdem starben drei sogenannte Agglutinantinnen. Zwei von ihnen hatten positive Widalsche Reaktion bei 1 : 50 und starben an Tuberkulose. Kulturen aus Galle, Milz und Knochenmark ergaben ein negatives Resultat, es handelte sich somit nicht um spezifische Widalsche Typhusreaktionen, sondern um eine positive Agglutinationsreaktion, wie es mitunter bei der Tuberkulose vorkommt. Bei einer Idiotin endlich, die im Juli 1911 starb, waren typhusähnliche Erscheinungen Anfang November 1910 aufgetreten. Die Kranke agglutinierte Mitte November 1910 (Titregrenze von 1 : 200 nach Widal), genas wieder und erkrankte Anfang Juni 1911 mit Gelbsucht bezw. Gallenblasenabszeß, woran sie starb. Kulturen aus Galle und Milz ergaben keinen Typhus, dagegen Bacterium coli commune und Staphylococcus pyogenes aureus. Im genannten Laboratorium wurden auch zahlreiche Wassermannsche Reaktionen ausgeführt, sowohl mit Blutserum als mit Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit. Zur Wohnungsdesinfektion wurde der Lingnersche Formalin-Desinfektionsapparat verwendet, wobei als Testobjekt Staphylokokken gebraucht wurden; diese waren nach jedesmaliger Desinfektion abgetötet. Im Laboratorium in Untergöltzsch wurden vom Anstaltsarzt Dr. Sagel zahlreiche serologische Arbeiten, namentlich viele Wassermannsche Reaktionen ausgeführt. Positive Widalsche Reaktion fand sich im Blut von zwei männlichen und vier weiblichen Kranken in Sonnenstein, Typhusbazillen konnten im Stuhl bei ihnen nicht aufgefunden werden. In Hochweitzschen wird endemisches Erythema nodosum erwähnt. Von letzterer Krankheit wurden nur Erwachsene befallen; die Hautaffektion beherrschte das Krankheitsbild, Gelenkaffektionen traten nur beiläufig auf; eine Reihe von solchen Erkrankungen zeigte ein ziemlich schweres Krankheitsbild mit andauernd hohem Fieber und Komplikationen seitens der Nieren sowie der serösen Häute. Die Kranken waren nach Abklang des akuten Stadiums hochgradig erschöpft. Salizylpräparate waren von guter Wirkung, regelmäßig trat vollständige Genesung ein.

Anstaltsnachrichten.

— Am 18. November 1914 begeht die Irrenanstalt **Friedrichsberg** in Hamburg den Tag ihres 50jährigen Jubiläums. Sie ist von Ludwig Meyer gegründet worden als erste Anstalt mit zwangloser Behandlung in Deutschland. Zurzeit wird sie völlig umgebaut und reorganisiert. Von einer größeren Feier des Jubiläums wird des Krieges wegen abgesehen.

— **Landes-Irren-Anstalt Landsberg a. W.** Im Felde: Anstaltsarzt Dr. Heise (seit Anfang November, bis dahin im Vereinslazarett II in Landsberg a. W.); Anstaltsarzt Dr. Hussels; Assistenzarzt Dr. Giese; Med.-Prakt. Keutel. — Bei Ausbruch des Krieges nach der L.-I.-A. Görden bei Brandenburg a. H. (jetzt als Lazarett eingerichtet) versetzt: Oberarzt Dr. Roesen und Anstaltsarzt Dr. Treiber. — Zurückgeblieben: Direktor Dr. Marthen, Oberarzt Dr. Foersterling, Oberarzt Dr. Rein, Anstaltsarzt Dr. Zimdars (liegt zurzeit operiert im Krankenhaus), Anstaltsarzt Dr. Hallervorden. — Krankenbestand am 1. November 1914: 1168 Kranke + 91 Kranke in Familienpflege; dazu (seit 3. Oktober) 120 Kranke aus der ostpreußischen Anstalt Tapiau (ohne Arzt). — Rotes-Kreuz-Lazarett in der Anstalt zu 200 Betten, belegt zurzeit mit 180 verwundeten und kranken Soldaten; versorgt völlig von der Anstalt aus; die Ärzte der Anstalt sind darin im Nebenamte tätig. — Die durch Beförderung und Versetzung freigewordenen zwei Oberarzt- und eine Anstaltsarztstellen konnten des Krieges wegen noch nicht durch die dazu ernannten Ärzte anderer Anstalten besetzt werden. — In der Anstalt fanden bisher zwei geisteskranke Soldaten Aufnahme.

— **Leipzig-Dösen.** Zum Militärdienst einberufen: Oberarzt Dr. Müller (im Lazarett Zeithain), Oberarzt Dr. Liebers (Garnisondienst in Leipzig), Anstaltsarzt Dr. Wallis (im Felddienste), Anstaltsarzt Dr. Maaß (im Felddienste), Anstaltsarzt Dr. Reichardt (im Feldlazarett). Im Anstaltsdienste zurückgeblieben: Der Direktor, Geheimer Medizinalrat Dr. Lehmann, die Oberärzte Privatdozent Dr. Gregor und Dr. Gottschick, die Anstaltsärzte Dr. Tauscher, Dr. Vieweger, Dr. Krekeler. — Derzeitiger Krankenbestand: 1330. — Die Anstalt hat rund 190 Plätze für verwundete Krieger zur Verfügung gestellt, aber solche noch nicht erhalten. — Bisher ist ein geisteskranker Soldat zur Aufnahme gelangt.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg.** Die Abteilungsärzte Stüber, Grütter, Kracke und Bräuner befinden sich im Felde. — Außerhalb der Anstalt sind keine Ärzte in Lazaretten tätig. — Bestand: 980 Kranke. — Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt hat, ohne die Zahl der Geisteskranken herabzusetzen, ein Reserve-Lazarett für 176 Verwundete eingerichtet. Es waren bereits alle Plätze belegt. Durch Entlassung von Geheilten sind augenblicklich einige Betten frei. — Von geisteskranken Kriegsteilnehmern sind bisher aufgenommen: ein deutscher Landwehrmann, ein Russe, der unter dem Verdachte der Spionage gefangen war, und ein belgischer Zivilgefangener.

— **Landesirrenanstalt Neuruppin.** Es befinden sich im Felde: Oberarzt Dr. Rauch als Stabsarzt, Anstaltsarzt Dr. Fehsenfeldt als Stabsarzt. — Außerhalb der Anstalt an Lazaretten tätig sind: Oberarzt Dr. Paul, Oberarzt Dr. Claus, Assistenzarzt Dr. Stephan. — Die Anstalt ist belegt mit 1765 Kranken. — Die Anstalt



hat ein Vereinslazarett „Zum roten Kreuz" mit 170 Betten eingerichtet. — 160 Plätze sind belegt. — Bisher sind drei geisteskranke Soldaten zur Einlieferung gelangt. — Stabsarzt Oberarzt Dr. Rauch hat das Eiserne Kreuz erhalten (schwarz-weißes Band).

— **„Tannenhof" bei Lüttringhausen** (Rhld.). Dr. Dübel von hier befindet sich im Felde. — Unsere Ärzte sind außerhalb der Anstalt nicht in Lazaretten tätig. — Der derzeitige Krankenbestand schwankt um 510. — Es ist hier eine Villa mit 30 Betten zur Aufnahme von verwundeten Kriegern eingerichtet. Die 30 Betten sind vollständig mit Kriegern belegt. — Unter den aufgenommenen Kriegern befindet sich eine ausgesprochene Psychose und zwei Neurosen hysterischen Charakters.

— **Provinzialheilanstalt Treptow a. R.** Im Felde: Oberarzt Dr. Lauschner als kriegsfreiwilliger Arzt, Oberarzt Dr. Ermisch als Oberarzt. — Zurückgeblieben: Direktor San.-Rat Mercklin, Oberärzte Albrecht und Vollheim, Assistenzarzt Kost. — Für Verwundete wurden 100 Betten bereitgestellt, davon sind 80 mit Geisteskranken aus der von den Russen teilweise zerstörten ostpreußischen Prov.-Heilanstalt Tapiau belegt worden, 20 noch verfügbar. — Bisher 6 geisteskranke Soldaten aufgenommen, darunter ein Russe. — Krankenbestand: 773.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Kortau bei Allenstein.** Im Felde befindet sich der Anstaltsarzt Dr. Squar (als Bataillonsarzt zum Infanterie-Regiment Nr. 150 eingezogen); ferner sind die Anstaltsärzte Dr. Powels, Dr. Schröder und Dr. Pieszczek als Hilfsärzte zum Garnisonlazarett Allenstein einbeordert. — Der zur Dienstleistung hierher abkommandierte Stabsarzt Dr. Eltester vom Infanterieregiment Herwarth von Bittenfeld (1. Westf.) Nr. 13 ist infolge des ausgebrochenen Krieges zum Truppenteil zurückberufen. — Der diesseitige Krankenbestand beträgt jetzt 1154 Köpfe. In der hiesigen Anstalt sind bisher 25 geisteskranke Soldaten zur Einlieferung gelangt.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Marsberg.** Dem I. Oberarzt der Provinzial-Heilanstalt, Dr. Wilhelm Siebert, zurzeit Stabsarzt d. L. und Bataillonsarzt bei einem Fuß-Artillerieregiment, ist das Eiserne Kreuz am schwarz-weißen Band verliehen worden.

— **Leipzig-Dösen.** Der Anstaltsarzt Dr. Maas ist mit dem Eisernen Kreuz II. Kl. ausgezeichnet worden.

— Dr. Germanus Flatau, Oberarzt an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dresden, z. Zt. Marinestabsarzt d. R. und Abteilungsarzt der X. Matrosen-Artillerie-Abteilung.

— **Prov.-Heilanstalt Warstein i. W.** Oberarzt Dr. Scherenberg, z. Zt. Oberarzt d. R. in einer Sanitätskompagnie, und Abteilungsarzt Dr. Maurer, z. Zt. Oberarzt d. R. in einem Feldlazarett, erhielten das Eiserne Kreuz II. Kl.

Buchbesprechungen.

— Friedländer, Prof. Dr. Adolf, leitender Arzt der Privatklinik Hohemark im Taunus bei Frankfurt am Main, zurzeit Chefarzt des Reservelazarettes Oberursel im Taunus: Nerven- und Geisteskrankheiten im Felde und im Lazarett. Wiesbaden 1914, J. F. Bergmann.

Durch diese Schrift wird denjenigen Ärzten, die sich mit neurologischen und psychiatrischen Fragen nicht oder nur wenig befassen konnten, im Kriege aber in die Lage kommen, möglichst rasch und sachgemäß zu handeln, eine willkommene Anleitung geboten.

Der erste Abschnitt ist betitelt: Erste Hilfe, der zweite: Nervenkrankheiten, der dritte: Geisteskrankheiten, der vierte: Kriegspsychosen. Im Anhang werden geboten: 1. Klinisches Untersuchungsschema. 2. Einteilung der wichtigsten Nerven- und Geisteskrankheiten. 3. Zeugnis-Schema. 4. Wasserbehandlung. 5. Rezepte.

B.

— Zehnter Rechenschaftsbericht des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg, Saulgau. 1914. Verlag Bachmann.

Neben statistischen Mitteilungen, einigen Versammlungsbeschlüssen, dem Abdruck der Statuten, dem Vertrauensmännerverzeichnis, einer Aufzählung der eingegangenen Beiträge sowie eines Rechnungsergebnisses und einer Vermögensübersicht enthält die Schrift in ihrer Einleitung eine ca. 5 Seiten lange Auslassung über Zweck, Ziel, Erfolg und zu überwindende Schwierigkeiten eines Vereins für entlassene, aber noch unter-

stützungsbedürftige Geisteskranke. Die Darlegung ist mustergültig und für jegliche Propaganda in der Hinsicht — auch außerhalb der rotschwarzen Grenzpfähle — ohne weiteres verwendbar. Sie beansprucht entschieden allgemeineres Interesse und kann dem Leserkreis dieser Wochenschrift zur Lektüre nur empfohlen werden. Am liebsten setzte ich Passus für Passus verbotenus hierher, leider reicht der Raum nicht dafür. Auch müßte ich dann die auf Seite 15 bis 17 abgedruckte „Anleitung für die Tätigkeit der Vertrauensmänner des Hilfsvereins" in extenso ebenfalls einfügen, da auch sie unser aller Interesse in Anspruch zu nehmen durchaus geeignet ist.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Alt, Prof. Dr.: Entwicklung der Fürsorge für Geisteskranke. Sonderabdruck aus Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II. Berlin 1913, Verlag Stilke.

Der Aufsatz ist populär geschrieben, der Inhalt kann

Stellengesuche.

Die neu geschaffene Stelle einer

dritten Oberpflegerin

bei der **Anstalt Pfafferode bei Mühlhausen i. Thür.** ist möglichst bald zu besetzen. Anfangsgehalt beträgt neben freier Station II. Klasse 860 M. Bewerbungen mit Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Photographie sind einzureichen **an den Direktor** der Anstalt.



den Psychiater nicht mehr belehren, aber doch fühlt man sich durch des Verfassers glänzende Diktion, mit der er kurz, aber prägnant die Fortschritte der Psychiatrie im allgemeinen und des Anstaltswesens im besonderen wiedergibt, so gefesselt, daß man die 11 Seiten mit dem klaren Druck auf dem erstklassigen Papier erst ganz durchgelesen haben muß, ehe man sie wieder aus der Hand legt. Wern. H. Becker-Herborn.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme **3 Tage vor der Ausgabe.**
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Für möglichst bald wird ein

Assistenzarzt oder -Aerztin

gesucht gegen freie Station u. 2200 M. Verpflichtung auf 1 Jahr. Im zweiten Jahr 2400, im dritten Jahr 2600 M. Vergütung. **Großh. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gießen.**

An den **Kückenmühler Anstalten in Stettin** (Evang. Heil- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige, Epileptische u. Psychopathen, zurzeit an 1200 Kranke) ist die

Stelle eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin

sofort zu besetzen, ev. auch durch einen älteren Kandidaten der Medizin. Gehalt 1800—2400 M und freie Station je nach Vorbildung. Meldungen nebst Zeugnisabschriften an den **Chefarzt Dr. Schnitzer.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 35/36. 5. Dezember **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Zur Erkenntnis abwegiger und krankhafter Geisteszustände bei Schulrekruten.

Eine Vorlesung vor der Hauptversammlung des Lippischen Lehrervereins

von Dr. **W. Alter,**
Medizinalrat und Direktor der Fürstlich Lippischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus.

Meine Herren!

Die hohe Aufgabe, die Sie zu wirken haben, ist meinem Beruf eng verknüpft: auch wir Irrenärzte nehmen Teil an jener Fülle von Beziehungen, die Sie und Ihre Tätigkeit allen Gebieten des Lebens und allen Möglichkeiten des menschlichen Werdens verbindet. Ihr Einfluß in der Entwicklung jener Einzelseele, der unser Forschen und — wo es not tut — unsere Hilfe dient, eines der wichtigsten, entscheidendsten und nachhaltigsten Erlebnisse. An Ihrer Hand tritt das Kind zum ersten Mal über die Schwelle des großartigen Palastes, den unsere logische und methodische Geistesarbeit errichtet hat; Sie eröffnen dem phantastischen Denken, dem die Kinderseele in ihren unbegrenzten Möglichkeiten so gerne nachgeht, ein weites und wundervolles Neuland: Sie gewöhnen diese Geistesrichtung aber auch an die Gebundenheit der Grenzen und Ziele, die sie aus einer gaukelnden Verführung zu einer unentbehrlichen und wegweisenden Führerin der logischen Begriffsfolgen umformt.

Aber der Mensch lernt in Ihrer Obhut nicht nur die Weite seines kindlichen Ich in die strenge Ordnung des methodischen Denkens einzugrenzen: er lernt bei Ihnen auch das methodische Arbeiten durch eine planmäßige Anspannung des Könnens zum Wissen. Und er erwirbt in diesem Wege zum Wissen schließlich an Ihrer Hand jenes geheimnisvolle höchste Gottesgeschenk, das die geistige Menschwerdung vollendet: die Fähigkeit, Eindrücke und Gefühle zu Urteilen und abstrakten Begriffen zusammenzuschließen und das Verhältnis des Ich zur Umwelt auch in dem Wechselspiel, das den Willen darstellt, den hohen Gesetzen unterzuordnen, die wir als Moral und Ethik begreifen. Es ist die großartigste Wiederholung der Erschaffung des Geistes, die Ihr Beruf, meine Herren, immer aufs neue umfaßt: und Sie sind besonders glücklich zu preisen, weil Ihr Feld jene unermeßliche und in jedem Bilde neue Welt der Geister in ihrer köstlichsten Maienblüte umspannt.

Aber diese schöne und stolze Aufgabe ist auch ein schweres Werk: das kann niemand besser würdigen, als ein Angehöriger meines Berufes, dem ja vor anderen die Schwierigkeiten bekannt sind, die sich aus der unendlichen Vielgestaltigkeit der geistigen Objekte unseres Wirkens ergeben. Es sind in vielem ähnliche Ziele und es sind darum auch in weiten Strecken gleiche Wege, die unsere Berufe vereinen: Ihnen, wie uns erwächst aus der Arbeit an dem höchsten Schöpfungswunder, dem Menschengeist, die Notwendigkeit, dieses Wunderwerk eingehend zu studieren und zum mindesten in den Beziehungen genau kennen zu lernen, die im Kreise des beruflichen Wirkens geltend werden.

Und es sind da vorab für Sie, meine Herren, wieder ganz bestimmte Beziehungen, in denen diese Notwendigkeit eine besondere Bedeutung und eine für Ihre ganze Arbeit ausschlaggebende Wichtigkeit erlangt: es sind das die psychologischen Probleme, die sich in den Anfängen der Schulzeit bei der Einwertung der kindlichen Geisteszustände ergeben. Jedes Kind, das zum ersten Mal der Schulpflicht genügt, bedeutet in seiner geistigen



Eigenart ein Rätsel, das gelöst — und zwar richtig gelöst — werden muß, wenn Ihre Arbeit Erfolg haben oder gar auf dem kürzesten Wege die besten Leistungen bewirken soll.

Meine Herren, die Mehrzahl dieser Rätsel erfordert in unserem Lande Gott sei Dank kein besonderes Kopfzerbrechen: die gesunden Kinder von regelmäßiger Geistesart bilden bei den heut noch günstigen Gesundheitsverhältnissen unserer Bevölkerung eine erfreulich große Mehrheit — die allerdings sicherlich größer erscheint, als sie es wirklich ist: denn es ist unvermeidlich, daß der Gesamteindruck frischer Gesundheit, den diese große Schar vollwertiger Schulrekruten ergibt, eine Reihe von unregelmäßigen Geisteszuständen dadurch überdeckt, daß er jene besondere Einstellung und Aufmerksamkeit nicht in Übung hält, die zur Ermittlung abwegiger Geisteszustände unentbehrlich ist. Dieses Verwaschen der Grenzen wird naturgemäß am stärksten Formen von flacher und wenig ausgeprägter Abweichung betreffen: aber es ist gerade da von besonderem Nachteil. Denn diese leicht abnormen Kinder werden immer mehr zum wichtigsten Problem der Pädagogik — weil bei ihnen zum Guten und zum Bösen die weitesten Möglichkeiten gegeben sind. Sie können, wenn ihre Eigenart erkannt wird, in der Schule unendlich viel mehr verderben als erwerben; sie sind später immer in Gefahr, in die Kriminalität hineinzutreiben oder zur Geisteskrankheit zu entgleisen. Aber sie sind auch dem entgegen da, wo ihrer Eigenart das richtige Verständnis entgegenkommt, die lohnendsten und dankbarsten Objekte jener heilpädagogischen Bestrebungen, die heut auch die praktische Tätigkeit des Lehrers der des Arztes so eng verbinden und unentbehrlich sind, wenn das kostbare Material, das selbst der ärmste Kindergeist noch darstellt, zu seinen besten Möglichkeiten geformt und gebildet werden soll.

Nach den in unserem Lande bisher gegebenen Verhältnissen muß auch eine solche heilpädagogische Arbeit in weiten Grenzen im Rahmen der Normalschule geleistet werden: Sie alle, meine Herren, müssen im Kreis Ihres Wirkens neben den Anforderungen der regelmäßigen Schulung auch den besonderen und schwierigen Aufgaben zu genügen suchen, die durch Kindergeister von regelloser oder regelwidriger Eigenart gestellt werden: deshalb hoffe ich Sie besonders und ganz allgemein zu interessieren, wenn ich Ihnen aus meinem Fachwissen einige Anhaltspunkte zur Erkenntnis solcher Eigenart darzustellen versuche. Ich werde dabei manches Altbekannte und Ihnen praktisch Geläufige nicht umgehen können: ich bitte, das aus der großen Bedeutung der Sache freundlichst zu entschuldigen und zu berücksichtigen, daß gerade uns Irrenärzten jeder Hinweis wichtig erscheinen muß, der die Erkenntnis solcher Kinder fördert — weil sie eben so oft die Vorstufen zu Fällen unserer Wirksamkeit bedeuten. W i r sind gegenüber diesen Vorstufen machtlos: aber S i e , meine Herren, können der Volksgesundheit und der werdenden Generation Großes leisten, wenn Sie durch eine frühzeitige Feststellung solcher Zustände zur Vorbeugung und Verhütung geistiger Entgleisungen beitragen und mitwirken. Meine Ausführungen wollen und sollen Ihnen dazu nur ein paar Richtungspunkte erinnern oder hervorheben: ich will Ihnen nicht einzelne Zustandsformen und Krankheitsbilder schildern, sondern ganz allgemein diejenigen Eigentümlichkeiten besprechen, deren Nachweis bei einem Schulrekruten die Möglichkeit eines abwegigen oder minderwertigen Geisteszustandes vermuten läßt. Ich brauche dabei kaum zu betonen, daß eine solche Vermutung zunächst oft nur als ein Anlaß zu besonderer Achtsamkeit und zu weiterer sorgfältiger Prüfung gewertet werden darf: in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle kann erst diese weitere Prüfung sichere Urteile gewährleisten. Die Erkenntnis des Geistes läßt sich ebenso wenig schematisieren und generalisieren, wie die geistige Erkenntnis; die Schule muß gerade in diesen Fällen am strengsten individualisieren, wenn sie der besonderen Eigenart solcher Kinder gerecht werden soll. Aus diesem Grunde sind auch zu solchen Prüfungen und Untersuchungen die generalisierenden und schematisierenden Forschungsmethoden nur von beschränktem Wert und bedingtem Nutzen. Eine geistige Eigenart kann beim Kinde ebensowenig wie beim Erwachsenen aus einer einseitigen Verfolgung eines ihrer Anteile erschlossen werden: wer wirklich Seelenkunde treiben will, muß immer die ganze Persönlichkeit seiner Objekte erfassen und zur Bewertung verwerten. Jede Untersuchungsart, die dieser Forderung nicht genügt, muß unter Umständen zu erheblichen Fehlurteilen führen: schon aus diesem Grunde sind die reinen Intelligenzprüfungen, die heut — besonders in der Binetschen Form — vielfach zur Erforschung kindlicher Geisteszustände benutzt werden, in ihren Ergebnissen immer sehr vorsichtig zu bewerten: sie offenbaren weiter nichts, als eine mehr oder weniger große intellektuelle Schlagfertigkeit — und das ist ein Wesenszug, der gerade bei Kindern und vorzüglich bei Kindern unseres Landes nicht überschätzt werden darf, weil da dem Gefühlsleben, der Affektivität eine noch größere Vorherrschaft zukommt, als ihm ohnehin gegeben ist. Es ist Ihnen ja bekannt, daß die Ausbildung



des Gefühlslebens dem Werden der Vorstellungen immer vorangeht: schon aus diesem Grunde müssen Störungen des Gefühlslebens belangreicher und bedeutsamer sein, als Störungen der Verstandesseele. Sie sind aber auch zweifellos viel wichtiger: intellektuelle Defekte bedeuten sehr oft nur Unbegabtheit oder einfachen Schwachsinn aus äußeren Ursachen; Störungen des Gefühlslebens beweisen ausnahmslos das Hereinspielen krankhafter Vorgänge; ihr Auftreten signalisiert immer eines der eigentlichen und großen Probleme der Pädagogik: denn sie lassen sich in kein Schema fassen und nach keinem Schema kurieren; sie sind nur durch eine Erziehung heilbar, in der die Intuition und das Können mehr bedeuten als das Wissen. Schon aus diesem Grunde leistet die intuitive Erkenntnis, die durch Wissenschaft gestützt, aber nicht in starre Formen gepreßt ist, gerade zur Erforschung der Kinderseele die beste Arbeit: wer aus den sicheren Voraussetzungen der Erfahrung unbefangen zum Urteil strebt, wird nicht selten schon auf den ersten Blick oder nach kurzer Bekanntschaft zu klarer Einsicht gelangen.

Denn gerade die allgemeinste Betrachtung ergibt sehr oft schon deutliche Fingerzeige zur Lösung unserer Rätsel — und diese nächsten Anhaltspunkte sind sogar oft besonders wertvoll: sie gestatten vielfach von vornherein Zustände auseinanderzuhalten, die einer schematischen Untersuchungsform gleichwertig erscheinen müssen, während sie in Wirklichkeit grundverschiedene, ja nach Art, Entstehung und Aussichten überhaupt nicht vergleichbare Zustandsbilder bedeuten.

Ich will das an einem einfachen Beispiel erläutern: Stellen Sie sich drei Knaben vor, die zur ersten Schulstunde herankommen. Bei allen dreien ergibt der erste Eindruck, die erste Ansprache geistige Mängel; eine eingehendere Prüfung bestätigt diesen ersten Eindruck zu der fast vollkommenen Übereinstimmung einer mäßigen, aber deutlichen intellektuellen Schwäche: und doch handelt es sich um drei grundverschiedene Zustände. Sie werden ohne weiteres diese grundsätzliche Verschiedenheit erkennen, wenn ich Ihnen einige besondere Kennzeichen der drei Kinder angebe: zwei sind groß und kräftig, der eine davon hat eine Hasenscharte und einen auffällig mißgebildeten Schädel, der andere fällt nur durch sein verwahrlostes Äußere auf; der dritte Knabe ist blaß, klein und schwächlich. Meine Herren, die Deutung dieser Kennzeichen ist ja klar: der erste Knabe ist der einzige wirklich Geistesschwache: sein mangelhafter Geisteszustand bedeutet eine minderwertige Anlage. Der kleine Strolch kann dagegen in Wirklichkeit sehr gut veranlagt sein: er erscheint nur schwachsinnig, weil er durch Nachlässigkeit und Stumpfsinn seiner Angehörigen in seiner geistigen Entwicklung vernachlässigt worden ist. Auch der dritte Rekrut täuscht mit dem Eindruck der Geistesschwäche: er erscheint minderwertig, weil er durch Kinderkrankheiten zurückgeblieben ist. Meine Herren, drei solche aufdringliche Schulbeispiele werden Ihrer Beurteilung sicherlich sehr rasch zu denselben Schlüssen auffallen — aber es sind eben Zweckbeispiele, die die in Wirklichkeit meist vorhandenen Verwicklungen vermeiden. Denn es ist leider nicht ungewöhnlich, daß auch körperlich gutgepflegte Kinder aus wohlhabenden Familien eine mehr oder weniger hochgradige geistige Vernachlässigung erfahren; es ist sehr häufig, daß sich eine solche Bildungsschwäche auf eine ungünstige Veranlagung aufpfropft, also auf eine reelle geistige Minderwertigkeit, und es ist schließlich auch gar nicht selten, daß sich eine solche grundsätzliche Minderwertigkeit mit einer besonderen Anlage zu Erkrankungen verkuppelt und dadurch der Entwicklung meines dritten Beispiels nahe tritt. Aber gerade weil die Sachlage meist so verwickelt und innerlich nach der einen oder der anderen Richtung hin kompliziert ist, bedeutet jeder Anhaltspunkt, den die erste Betrachtung ergibt, einen wertvollen Trumpf in dem Rätselspiel der Seelenerkundung: wer seinen Blick auf beachtenswerte Äußerlichkeiten solcher Kinder eingestellt oder noch besser geradezu dressiert hat, vermag sehr oft aus solchen auffälligen Merkmalen buchstäblich auf den ersten Blick ein Urteil zu fällen, das das Verhältnis zwischen Kind und Schule von seinen ersten Anfängen an zu beider Segen in die rechten Wege leitet, ein sorgfältiges Achtgeben auf das Äußere der Schulrekruten ist gerade für die Zwecke, die ich geltend machen möchte, sehr wichtig und von großer Tragweite.

Denn körperliche Mängel, Mißbildungen oder Gebrechen bedeuten eben ganz allgemein Signale des Ungewöhnlichen und der Geist des Kindes ist noch so eng an das Gefängnis des Leibes gebunden, daß dem schadhaften Gefäß in der Regel auch ein schadhafter Inhalt entspricht. Natürlich kann eine fortgesetzte Beobachtung selbst gehäufte äußere Warnzeichen zur Bedeutungslosigkeit entwerten: aber man darf sie trotzdem nie übersehen und in keinem Falle die aus ihnen möglichen Folgerungen eher preisgeben, als bis man der geistigen Intaktheit ihrer Träger sicher ist. Aus ihrer großen Bedeutsamkeit ist ihre genaue Bekanntschaft für jeden Erzieher, der heilpädagogische Wirkungen verfolgen und erstreben will, ganz unerläßlich: Und aus dem gleichen Grunde ist es notwendig, daß man den Kreis der zur psychischen

Beurteilung auswertbaren Äußerlichkeiten nicht einzuschränken sucht, sondern in seinen weitesten Möglichkeiten erfaßt.

In dieser grundsätzlich gebotenen weiten Ausdehnung des Bereiches der körperlichen Verdachtsmomente muß in den Lebensjahren, die hier in Frage stehen, schon jede erhebliche körperliche Vorreife und noch mehr jedes merkbare Zurückbleiben hinter den Gleichaltrigen als ein Hinweis auf die Möglichkeit geistiger Schwäche beachtet und bewertet werden. Kinder, die älter oder jünger aussehen als sie wirklich sind, schwächliche, blutarme und schlecht ernährte Kinder müssen — besonders in den ländlichen Lebensverhältnissen und bei einer Herkunft aus erwerbssicheren Kreisen — stets als kranke Kinder gelten. Bestehen bei ihnen überdies noch Augenentzündungen, Ohrenleiden, Ausschläge oder Drüsenleiden, zeigen sie die wohlbekannten Folgeerscheinungen der englischen Krankheit, üble Ausdünstungen oder Geruch aus dem Munde — so wird man sehr oft nicht fehlgehen, wenn man eine geistige Minderung aus körperlicher Ursache oder wie die Franzosen sagen: eine arrieration materielle erwartet und daraus die von vornherein mildeste Beurteilung und eine besonders wohlwollende und unermüdlich nachhelfende Pädagogik geltend werden läßt.

(Fortsetzung folgt.)

Über englisches Irrenwesen.

Von Dr. **G. Werner**, Bedburg-Hau.

Auf einer Studienreise, die ich im Oktober 1913, um das englische Irrenwesen kennen zu lernen, unternahm, hatte ich Gelegenheit folgende Anstalten zu besichtigen:

A. In Mittelengland, Gegend von Liverpool und Manchester: 1. Prestwich, 2. Rainhill und 3. Winwick. B. In Schottland: 4. Bangour Village, 5. Morningside und Craighouse, 6. Gartloch, 7. Perth. C. Von London aus: 8. Long Grove, 9. Horton, 10. Ewell, 11. Rampton, 12. Broadmoor, 13. Claybury Asylum, 14. Bethlem Royal Hospital, 15. Holloway Sanatorium und schließlich 16. Chelsea Town Hall (Arbeitshaus in London).

Die berühmte schottische Familienpflege konnte ich in der Grafschaft Fife, nördlich von Edinburg, und in der Gegend von Lamark, südlich von Glasgow, kennen lernen.

Wenn mir auch, dank eines Empfehlungsschreibens des Herrn Landeshauptmanns der Rheinprovinz, die Zentralbehörden in jeder Weise entgegenkamen und die englischen Herrn Kollegen sich meiner in liebenswürdigster Weise annahmen, so genügte die zur Verfügung stehende Zeit doch bei weitem nicht dazu, um eine vollständige Schilderung des englischen Irrenwesens geben zu können. Um das zu erreichen, wäre der Besuch noch zahlreicher anderer Anstalten nötig gewesen, und vor allem hätte ich, um englische Diagnostik und Therapie genauer kennen zu lernen, mehrere Wochen an einer Anstalt mich am ärztlichen Dienst beteiligen müssen. Denn die englische Irrenpflege weist, je nach Lage der Grafschaften, die unseren Provinzen entsprechen, und dem Charakter der einzelnen Anstalten viel größere Unterschiede auf, als es in Deutschland der Fall ist. So wird z. B. im eigentlichen England gar keine, in Schottland dagegen sehr intensiv Familienpflege getrieben. Ferner werden innerhalb einer Grafschaft die Ärzte nicht versetzt, sondern bleiben stets an derselben Anstalt, wie bei uns an den städtischen Krankenhäusern, und so kommt es, daß jede Anstalt ein viel individuelleres Gepräge hat, als es bei uns der Fall ist. Also trotz dieser weitgehenden allgemeinen und örtlichen Unterschiede möchte ich die gewonnenen Eindrücke doch im allgemeinen in den folgenden Ausführungen zusammenfassen.

Die Sorge für die Unterbringung der unbemittelten Geisteskranken liegt wie bei uns der Grafschaftsverwaltung ob. Neben den beiden beamteten Commissioners in Lunacy (lunatic = mondsüchtig, übertragen: irrsinnig), von denen der eine Verwaltungsbeamter, der andere Arzt, meist früherer Direktor ist, liegt die Hauptverwaltung in den Händen des „Committees", einer gewählten Laienkommission des Grafschaftsrates, was bei uns etwa einem Komitee des Provinzialausschusses entsprechen würde. Dieses Komitee revidiert zweimal jährlich die Anstalten und veröffentlicht darüber einen Bericht. Nicht nur kontrolliert es alle baulichen Anlagen und beschließt über Neubauten, sondern es entscheidet auch in rein ärztlichen Fragen, so „empfiehlt" ihm z. B. der Direktor die Kranken zur Entlassung. Jede Anstalt hat ihr eigenes Subcommittee. Auch werden ihm Beschwerdeschriften der Kranken übergeben, und zwar uneröffnet, nicht selten werden diese Schriften in einem Anstaltsbriefkasten gesammelt. Außer



dem Rapport des Committees of visitors enthält jeder Anstaltsbericht noch den Rapport der Commissioners in Lunacy und des Anstaltsdirektors, Medical Superintendent genannt. Schließlich veröffentlicht meist auch „der Pathologe" noch einen Bericht, denn überall wird auf eine wissenschaftliche Verarbeitung des gewonnenen Materials großes Gewicht gelegt. Es mag dies mit daher rühren, daß in England an den Universitäten im allgemeinen keine Lehrstühle für Psychiatrie bestehen, sondern die Studenten zu Kursen an die Anstalten verteilt werden, die der Direktor abhält. Viele Anstalten besitzen daher auch umfangreiche und gut eingerichtete Museen und große Laboratorien. Leider muß aber an manchen Orten noch die Erlaubnis zur Sektion von allen Angehörigen eingeholt werden, was oft nicht zu erreichen ist. Die Grafschaft London besitzt ein eigenes pathologisches Zentralinstitut, das sich im Claybury Asylum befindet; dort wird alles Material der Londoner Anstalten, die rund 20 000 Kranke beherbergen, bearbeitet und verwertet. Der Direktor dieses Institutes ist der bekannte Dr. Mott. Dort war es auch, wo mir voller Stolz eine noch lebende Spirochäte aus dem Frontallappen einer fünf Tage vorher sezierten Leiche gezeigt wurde. Die größte wissenschaftliche deutsche Bibliothek besteht im Morningside Asylum bei Edinburg, das mit der dortigen Universität in Verbindung steht. Trotzdem war dort, ebenso wie an allen andern Anstalten, bis Mitte Oktober von den Arbeiten Fausers noch nichts bekannt, während einige Herren wenigstens den Namen Abderhalden schon gehört hatten. Doch wurden meine kurzen Ausführungen über Fausers Arbeiten mit großem Interesse überall entgegengenommen.

Verfolgen wir an dieser Stelle gleich weiter den Werdegang des angehenden Psychiaters. Während bei uns in der Regel jeder eintretende Arzt im Anstaltsdienst seinen Lebensberuf sucht und auch findet, ist in England fast das Gegenteil der Fall, denn die meisten eintretenden Herren sehen in ihrer psychiatrischen Tätigkeit nur eine Zwischenstation, um sich sonst nicht zu erwerbende Kenntnisse anzueignen. Es rührt dies hauptsächlich von folgenden Gründen her, einmal ist die Zahl der Ärztestellen überhaupt viel geringer wie bei uns und zum andern wird an den meisten Anstalten nur den zwei Oberärzten (Seniors) für die Männer- und Frauenseite eine Familienwohnung zur Verfügung gestellt. Im allgemeinen muß daher der Anstaltspsychiater in England ledig bleiben. Schließlich erfolgt feste Anstellung nur nach langjähriger Tätigkeit. Die Gehaltsverhältnisse entsprechen den unsrigen, jedoch beginnt das Gehalt des Direktors mit 12 000 M und steigt bis 20 000 M, in einzelnen Anstalten noch höher. Eine tägliche Conferenz ist unbekannt, nur die beiden Oberärzte besprechen sich morgens kurz mit dem Direktor, der täglich mit einem Herrn Visite macht. Ebenso unbekannt ist der Tagesdienst, jeder Arzt hat selbst bei Abwesenheit für Vertretung bei seinen Kranken zu sorgen. Für die weitere Fortbildung der Ärzte besteht kein Studienfonds. Während bei uns auf etwa 100 Kranke ein Arzt kommt (in der Rheinprovinz waren 1913/14 für rund 7000 Anstaltskranke 67 Arztstellen vorgesehen), kommt in England ein Arzt erst auf über 300 Kranke, denn für die Londoner 20 000 Anstaltskranken bestanden 1911 nur 61 Arztstellen. Wie aber ein Vergleich der entsprechenden Zahlen im statistischen Anhang ergibt, werden die geringeren Kosten für Besoldungen in England durch die weit höheren Auslagen für Löhne des Dienstpersonals mehr wie ausgeglichen.

Betrachten wir jetzt die Verhältnisse des Pflegepersonals, so besteht zwischen dem eigentlichen England und Schottland der grundsätzliche Unterschied, daß in England die männlichen Kranken nur von männlichem Pflegepersonal, wie bei uns besorgt werden, in Schottland dagegen die eigentliche Krankenpflege ganz in den Händen von weiblichem Personal liegt. In beiden Ländern wird großer Wert auf eine gute Ausbildung des Pflegepersonals gelegt, das zwei Prüfungen bestehen muß. Das ältere männliche Pflegepersonal ist oft verheiratet und wohnt dann in der Nähe der Anstalt. Die Pflegerinnen wohnen grundsätzlich nicht in den Krankenhäusern, sondern jede Anstalt hat ein besonderes Pflegerinnenheim, nurse home, das einer älteren Dame unterstellt ist. Diese Nurse homes sind in Schottland sehr gut, oft für unsere Verhältnisse geradezu luxuriös eingerichtet und machen einen äußerst behaglichen Eindruck. Die Mahlzeiten werden in größeren Sälen eingenommen, an die sich noch Wohnräume anschließen. Jede Pflegerin hat ihr eigenes nettes Schlafzimmer mit bequemen Korbmöbeln. In Bangour kommen außerdem auf 88 Betten im Nurse home 10 Badewannen, mehr wie auf jeder Krankenabteilung. Überall ist man bestrebt, dem Pflegepersonal von sieben Tagen einen Tag ganz frei zu geben und außerdem noch einen halben Tag. Alle drei Wochen sollen diese beiden Tage sich folgen, so daß es dem Personal möglich ist, nach Hause oder zu Freunden zu fahren. Seit einiger Zeit ist die Alters- und Invaliden-Versicherung obligatorisch, doch sind alle Berichte damit unzufrieden und schlagen Verbesserungen vor. In den niederen Gehaltsstufen bezahlt die Anstalt die Beiträge.



Das obere Pflegepersonal ist zahlreicher wie bei uns vertreten, für die Nachtpflege z. B. bestehen besondere Oberpflegeposten. In Schottland gehören zwei Drittel der Pflegerinnen den gebildeten Ständen an. Das erste Examen nach einem Jahre merzt die ungeeigneten Elemente ziemlich sicher aus. Nach dem zweiten Examen tritt ein Teil in Privatpflege über. Diejenigen Mädchen, welche weiter kommen wollen, gehen meist noch für längere Zeit in ein allgemeines Krankenhaus und kehren dann mit einem reichen Schatz von Erfahrungen zurück. Auf dieses ausgesuchte und geschulte Oberpersonal kann sich der Direktor besser stützen, als auf die wenigen und noch dazu oft wechselnden Ärzte und wird dadurch auch der Mangel an Ärzten ersetzt. Die Kehrseite dieses Systems besteht einmal darin, daß höhere Gehälter gezahlt und öfter Beurlaubungen gewährt werden müssen, was in England von der Einführung dieses sogenannten schottischen Systems abhält. Direktor Robertson in Edinburg rühmte mir sehr den beruhigenden Einfluß der gebildeten und sachverständigen Pflegerin auf unruhige Männer. Sexuelle Unzuträglichkeiten kommen kaum vor. Auch bestanden keine Schwierigkeiten zwischen Ärzten und Pflegerinnen im Dienst. Die Pflegerinnen tragen eine sehr nette saubere Tracht mit Hauben, deren Flügel je nach Rang verschieden lang sind. Die Ärmel sind durch gestärkte aufknöpfbare Manschetten geschützt. Die grobe Arbeit wird von Dienstmädchen verrichtet.

Endlich möchte ich noch der schottischen Zentral-Kontrollbehörde Erwähnung tun. Diese führt ein kurzes Register über jede Pflegeperson, das von den Anstalten ständig ergänzt werden muß. Dadurch, daß bei jedem Austritt über die Tauglichkeit zu weiterem Dienst berichtet wird, soll ein zu leichtsinniger Wechsel verhindert werden. Denn wer ohne genügenden Grund seinen Dienst an einer Anstalt aufgab, oder wem gekündigt werden mußte, findet an keiner schottischen Anstalt mehr eine Anstellung, sondern muß dann nach England gehen, wo eine derartige Kontrolle nicht besteht.

Wenden wir jetzt den Blick auf die Lage, den Bau, die äußere und innere Einrichtung der Anstalten, so ist mir dabei folgendes aufgefallen. Wenn möglich, wird die Anstalt auf einem Hügel oder sanft ansteigenden Gelände errichtet, so daß stets für genügende Zufuhr von frischer Luft, worauf in England ja besonders Wert gelegt wird, Sorge getragen ist. Bis auf eine Anstalt, Bangour, lagen alle ziemlich weit von der nächsten Eisenbahnstation und besaßen keinen Bahnanschluß, selbst nicht die große Krankenzentrale Londons, das Horton-Gut, wo schon vier große Anstalten mit zusammen 5700 Kranken bestehen und eine fünfte für 2000 Betten errichtet werden soll. Allerdings sind jetzt die Mittel für eine Schmalspurbahn ausgeworfen worden. Am weitesten lag Rampton, nämlich 11 km, von der nächsten Station und damit auch dem nächsten größeren Ort entfernt. Wie sich dadurch der Betrieb der Anstalt verteuert, liegt auf der Hand.

Alle Anstalten sind, bis auf Bangour, im Korridorsystem errichtet, doch soll die neue Londoner Anstalt im Villensystem gebaut werden, weil, wie der Bericht betont, dieses eine größere Klassifizierung gestattet und die Unterbringung heimmäßiger ist.

Namentlich in den ältern Anstalten sind die einzelnen Häuser sehr groß und nicht in verschiedene Abteilungen getrennt wie bei uns, so daß eine genügende Übersicht dadurch erschwert wird. Tages- und Eßräume sind überall getrennt, die älteren Anstalten haben einen großen Speisesaal neben der Küche. Das Pflegepersonal ißt stets gesondert mit eigenem Geschirr und hat, wenn es auf den Abteilungen ißt, auch seine eigene Wärmküche.

Die Sonderung in Häuser für Unruhige, Halbruhige, Ruhige und Sieche findet in England im allgemeinen nicht statt, sondern es bestehen Blocks für akut und chronisch Kranke und für die in der Landwirtschaft beschäftigten, die sogen. industrial section.

Im allgemeinen sind die englischen Anstalten bedeutend größer als die unsrigen. Prestwich hatte schon 1885 über 2000 Betten und beherbergte 1911 2700 Kranke. Von den 10 Londoner Anstalten hatten acht 2000 bis 2500 Kranke. Die schottischen Anstalten sind kleiner, weil die chronischen Kranken meist in Familienpflege übergehen.

Fünf Eindrücke bleiben als unverlöschliche und angenehme Erinnerungen jedem Besucher englischer Anstalten sicher im Gedächtnis haften. Wer sich einer Anstalt nähert, glaubt eher einen reicheren Privatlandsitz mit großem Park als eine aus öffentlichen Mitteln unterhaltene Anlage vor sich zu haben, denn so wohlgepflegt, kostbar und umfangreich sind die Parkanlagen mit großen Tennis- und Spielplätzen für Kranke, Personal und Ärzte. Alle Wege sind asphaltiert. Auch im Inneren erfreut das Auge überall eine geradezu verschwenderische Blumenpracht, die sich auch auf die Säle für Bettlägerige erstreckt, wo jeder Kranke auf seinem Bettisch eine Pflanze in einem schönen Topf hat, „weil er sich über etwas freuen soll". Öfter sieht man auch eine Schmalseite zu einem Erker mit Wintergarten ausgebaut. Zweifellos hat



dieser Blumenschmuck nebenbei den praktischen Nutzen, daß man nirgends durch die Ausdünstungen, die sonst bei größeren Menschenansammlungen ja unvermeidlich sind, belästigt wird. Wer es nicht gesehen hat, wird es kaum glauben, daß in den neueren Anstalten die Tagesräume und die oft hallenartig sehr schön ausgebauten Korridore nur bequeme Rohrmöbel und gepolsterte Sessel enthalten, während die fast stets mit hohem Holzpaneel bekleideten Wände eine wahre Galerie guter und großer Bilder schmücken. Den Glanz- und Mittelpunkt jedes Raumes bietet der zwar unökonomische, aber desto anheimelnder wirkende offene Feuerplatz am Kamin, ohne den ein englischer Wohnraum, selbst bei vorhandener Zentralheizung einfach undenkbar ist, davor liegt immer ein besserer Teppich. Auf den Abteilungen mit unruhigen Kranken wird das Feuer nur durch ein schwaches Maßwerk von Messingstäben geschützt. Man merkt eben aus allem, daß England ein Land mit einer alten und reichen Kultur ist. So besitzt auch z. B. jede Frauenabteilung ein Klavier und jede Männerabteilung ein Billard.

Angenehm fällt es auch auf, daß die Betten allgemein einen viel größeren Abstand haben wie bei uns. In den Wachsälen maß ich von Bett zu Bett 1,80 bis 2,40 m Abstand!

Wie bei uns seit Jahren die Badetherapie allgemein bei akut Erkrankten angewandt wird und die Anstalten besonders dafür eingerichtet werden, so legt man in England den Hauptwert auf die Liegekur in vortrefflich angelegten Veranden. Man ist grundsätzlich bestrebt, jeden Kranken, der dauernd im Bett liegen muß, tagsüber, wenn möglich auch nachts, auf einer Veranda unterzubringen. Die Kranken tragen zum Schutz gegen die Kälte meist Flanelljacken. Gegen das Sonnenlicht schützt das Dach aus grünlichem Glase, und an den Seiten können Rolljalousien oder Markisen herabgelassen werden. Um den Reflex des Sonnenlichts von der weißen Bettwäsche zu verhindern, werden dunkle Tücher über die Decken gebreitet. Für Kranke, die nur zeitweise liegen sollen, findet man oft in den Gärten Sommerlauben mit Liegestühlen. Kurz es ist ein Anblick, wie wir ihn von unseren Lungenheilstätten gewohnt sind. Und es dürfte nichts schaden, wenn auch bei uns die Freiluftliegekur mehr Eingang fände, trotz der vermehrten Kosten für dickere Bettbekleidung und die doppelte Liegestätte.

Wir sind hiermit schon zur eigentlichen Krankenbehandlung übergegangen, und gerade diese hätte ich gern durch längeren Aufenthalt an einer Anstalt kennen gelernt, weil so allein ein wirklicher Vergleich zwischen englischer und deutscher Methode möglich ist. Bei der mehr oder minder kurzen Besichtigung sieht man ja nur die Mittel zur Krankenpflege, aber nur selten deren Anwendung. Ich muß mich daher leider fast nur auf eine Beschreibung dieser „Mittel zur Krankenpflege" beschränken und angeben, was mir ferner noch erzählt wurde. Bekannt ist ja die große Ruhe in englischen Anstalten, selbst auf der Frauenseite, aber nachdenklich stimmt es uns, wenn wir fast keine Anstalt ohne dickgepolsterte Gummizellen, „padded rooms", auskommen sehen, in den Londoner Anstalten noch von stundenweiser mechanischer Beschränkung und dem Anlegen von Fausthandschuhen lesen und bemerken, daß noch sehr viel, besonders nachts, isoliert wird. Merkwürdig scheint mir ferner, daß die englischen Kollegen erklärten, die Einführung der Badebehandlung scheitere an dem absoluten Widerstand der Patienten, die selbst mit drei und vier Pflegepersonen nicht dauernd im Wasser zu halten seien. Der Engländer gilt doch sonst nicht als wasser- und badescheu.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht über das Carl-Friedrich-Hospital, Großherzogl. Sächs. Landes-Irrenheil- und Pflegeanstalt mit Siechenabteilung zu Blankenhain i. Th.** für die Jahre 1908—1912. (Blankenhain 1913, M. Schlimpers Nachf.)

Eine ernste Gefahr war der Anstalt in den letzten beiden Jahren durch sich häufende, auf alle Stationen verteilte Typhuserkrankungen erwachsen. Durch die, während des Sommers 1912 vorgenommene bakteriologische Durchuntersuchung der Anstaltsinsassen wurde bei 26 Kranken (darunter nur 2 Männer) Ausscheidung von Typhus- bezw. Paratyphusbazillen festgestellt. Angesichts dieser Tatsache wurden für die Anstalt, die bisher keine Isolierabteilung für ansteckende Krankheiten besessen hatte, zwei Döckersche Baracken errichtet und mit den Bazillenträgern belegt. Hierdurch und nachdem aus dem Küchenbetrieb mehrere Kranke, die zwar keine Bazillenausscheidung, aber positiven Blutwidal erkennen ließen, entfernt worden sind, haben sich Neuerkrankungen an Typhus nicht wieder gezeigt. Bei fast allen Ausscheidern ließ sich eine frühere typhusverdächtige Erkrankung nachweisen, die Zeiten seit dieser Erkrankung betrugen zum Teil viele Jahre, so bei einer Frau mindestens 15, bei einer anderen sicher 39 Jahre. Beide Frauen hatten im Jahre 1912



nachweislich Mitkranke infiziert, darunter eine Frau, bei welcher die Erkrankung zum Tode führte.

Als Assistentin an dem 1912 neu eingerichteten Typhus-Laboratorium war Frl. Fleischhauer vom bakteriologischen Institut zu Jena tätig.

Eine Knochenmühle, die bei der umfangreichen Geflügelzucht vorteilhafte Verwendung findet, wurde angeschafft.

Anstaltsnachrichten.

— **Provinzial-Heilanstalt Lauenburg i. Pom.** Im Felde befinden sich von den Anstaltsärzten Dr. Hieronymus, als Arzt des Blücher-Husaren-Regiments Nr. 5, Dr. Banse, als Arzt des Landsturm-Bataillons Schlawe, Dr. Frommer, als Arzt bei der Landwehr-Sanitäts-Komp. Nr. 17, alle drei auf dem östlichen Kriegsschauplatz. — Zurückgeblieben sind: Dir. Geh.-Rat Siemens, Oberärzte San.-Rat Dr. Schröder und Dr. Luther. — Die für Verwundete bereitgestellten Plätze sind einstweilen durch 100 aus der ostpr. Irrenanstalt Tapiau (welche von den Russen beschossen worden ist) hier untergebrachte Geisteskranke besetzt worden. — Bisher ist ein geisteskranker Soldat aufgenommen worden. — Krankenbestand: 720.

— **Kückenmühler Anstalten.** Oberarzt Dr. Mangelsdorf und Abteilungsarzt Dr. Pensky zurzeit im Felde. — In der Anstalt eine Station für 30 geisteskranke Mannschaften und Offiziere. Außerdem sind noch 115 Kranke der Anstalt Carlshof bei Rastenburg dort untergebracht. — Der ärztliche Leiter Dr. Schnitzer ist zugleich als ordinierender Arzt am Garnisonlazarett Stettin tätig.

— **Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu** zu Bamberg. Ins Feld gezogen: Anstaltsarzt Dr. Zirkel, Oberarzt d. Res., gestorben im Lazarett zu Landau; Med.-Praktikant Böhne als Unteroff. d. Res., verwundet durch Granatschuß, verpflegt im Vereinslazarett St. Getreu, nach Genesung wieder eingerückt als Unterarzt. — Zurückgeblieben: Dir. Dr. Bott. — Krankenbestand zurzeit 144. — In der Anstalt ist ein Rotes-Kreuz-Vereinslazarett für Leichtverwundete eingerichtet, das der Anstaltsdirektor mit versieht. Die Verpflegung geschieht durch Anstaltspersonal, das durch Barmherzige Schwestern ergänzt wurde. Die Beköstigung liefert die Anstaltsküche. Das Lazarett enthält 40 Betten und ist andauernd voll belegt. — In der Anstalt sind zurzeit drei deutsche Soldaten mit psychischer Störung.

— **Großh. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.** Im Felde: Hilfsarzt Dr. Warth als Reserveleutnant, Medizinalpraktikant Knab als Unterarzt. — Zurückgeblieben: Der Direktor und 2 Ärzte. — Von 54 Wärtern sofort 44 eingerückt, Verwendung von Wärterinnen auf der Männerseite. — Derzeitiger Krankenbestand: 362. — Vereinslazarett für verwundete und kranke Soldaten mit 47 Betten im Werkstättengebäude seit Ende August belegt, zurzeit: 39. — Im Vereinslazarett aufgenommen: 3 traumatische Neurosen, 2 Hysterie, 2 Epilepsie. In die Anstalt aufgenommen: 3 geisteskranke Soldaten, darunter einer zur Beobachtung (Fahnenflucht, Epilepsie).

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Neustadt** (Holstein). Es befinden sich im Felde: Oberarzt Dr. Kleiminger beim Feldlazarett 3 des IX. Armee-Korps, Oberarzt Dr. Metz bei der III. Abteilung des 46. Res.-Feldartillerie-Regiments, XXIII. Res.-Armeekorps. Assistenzarzt Dr. Straub beim Kriegslazarett des IX. Reserve-Armeekorps.

— **Prov.-Heilanstalt Lengerich i. W.** Im Felde: Oberarzt Dr. Westrum als Stabsarzt der Marine und Dr. Dierksen als Oberarzt, letzterer, nachdem er zugleich aus dem Dienste der Prov.-Verwaltung ausgeschieden war. Seine Stelle soll bis auf weiteres nicht besetzt werden.

— **Großherzoglich Mecklenburgische Irrenanstalt Sachsenberg.** Im Felde: Anstaltsarzt Dr. Riemer und Assistenzarzt Dr. Schmidt. — Krankenbestand: 673. — Zurzeit befinden sich in der Anstalt 2 geisteskranke Soldaten und 3 geisteskranke kriegsgefangene Franzosen.

— **Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.** Im Felde: Oberärzte Dr. Neu, Dr. Stallmann, Dr. Siebert; Anstaltsärzte Dr. Schwan, Dr. Vorbrodt; Assistenzärzte Dr. Havestadt, Rütten; Med.-Prakt. Zoller. — Zurückgeblieben: Direktor Dr. Herting, auf Reklamation; Med.-Prakt. Frau Sauer, später Assistenzärztin. — Überwiesen bezw. eingetreten: Dr. Giesler aus Grafenberg, Med.-Prakt. Frl. Schwemer, später Assistenzärztin. — Krankenbestand: 800 Geisteskranke. — Vereinslazarett: 250 Verwundete, fast dauernd voll belegt. — Bisher aus dem Felde keine geisteskranken Soldaten eingeliefert.

— **Ückermünde.** Von unseren Ärzten steht Direktor Dr. Encke im Felde. Oberarzt Bauer ist im Pasewalker Lazarett tätig. Oberarzt Dr. v. Sydow leitet im Dienst des Roten Kreuzes Verwundeten-Transporte. — In der Anstalt sind zurückgeblieben: Oberärzte Dr. Deutsch und Braunert; außerdem der die Familienpflege im Dorf Liepgarten leitende und dort wohnende Oberarzt San.-Rat Dr. Heinke. — Die Anstalt ist zurzeit belegt mit 570 Kranken, in Liepgarten befinden sich außerdem 131 Familienpfleglinge. — Die Anstalt hat sich verpflichtet, 25 geisteskranke Soldaten (darunter 5 Offiziere) aufzunehmen. Bisher sind Aufnahmen dieser Art nicht erfolgt und auch noch nicht angemeldet worden.

— **Heil- und Pflegeanstalt Erlangen** (Bayern, Mittelfranken). Im Felde stehen 3 Ärzte der Anstalt: der Anstaltsdirektor Dr. G. Kolb, der Oberarzt Dr. Faltlhauser, in Nordfrankreich; der Hilfsarzt Dr. Seißer in den Vogesen. — Oberarzt Dr. Klüber ist in dem in der Anstalt errichteten Lazarett mit tätig. — Derzeitiger Krankenbestand: 835; zur Verfügung stehen 4 Ärzte. — Wir haben einen Pavillon der Anstalt zum Lazarett mit 120 Betten eingerichtet. Dasselbe wurde drei Wochen nach Kriegsbeginn bezogen und hat seitdem fast ununterbrochen die volle Belegung mit 120 Verwundeten (zurzeit 96 Deutsche, 22 Franzosen). — Wir haben auf Anfrage des bayer. Kriegsministeriums 20 Betten speziell für geisteskranke Soldaten ständig

zur Verfügung gestellt; zurzeit sind 9 solche in der Anstalt (darunter ein Franzose).

— **Landesheilanstalt Jerichow.** Im Felde: Dr. Haeuptner als Stabsarzt. — Auswärts am Lazarett tätig: Dr. Rust. — Zurückgeblieben: Direktor Dr. Lange, Oberarzt Dr. Weidenmüller. — Krankenbestand: 620. — Für ein Vereinslazarett sind 60 Betten zur Verfügung gestellt, aber noch nicht belegt. — Wegen psychischer Störungen sind bisher in die Anstalt eingeliefert: 6 deutsche Soldaten, 1 russischer, 1 belgischer Kriegsgefangener.

— **Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt Kosten.** Im Felde: Direktor Sanitätsrat Dr. Freiherr von Blomberg, kommissarischer Anstaltsarzt Dr. Heilig, praktischer Arzt Hanisch, bisher Med.-Prakt. — Jetziger Krankenbestand: 644 (353 Männer, 291 Frauen). — Unsere Anstalt hat 130 bis 150 Plätze für verwundete Krieger bereitgestellt, ist aber noch nicht belegt. — Ein geisteskranker (kriegsgefangener) Russe ist bisher zur Einlieferung gelangt.

— **Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Lüben** (Schlesien). Im Felde: Oberarzt Dr. Bresler als Regimentsarzt eines Dragoner-Regiments, wurde mit dem Eisernen Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande ausgezeichnet; Abteilungsarzt Stehr und Assistenzarzt Dr. Preißner, beide als Bataillonsärzte bei Landsturm-Infanterie-Regimentern, letzterer befand sich von Anfang September bis Anfang Oktober in französischer Kriegsgefangenschaft. — Im Anstaltsdienste zurückgeblieben: Direktor Dr. Schubert, Oberarzt Przewodnik, Abteilungsärzte Dr. von Raven und Dr. Grau. — Der Anstalt wurden Anfang August 46 Kranke aus der Psychiatrischen Klinik und der Städtischen Irrenanstalt zu Breslau überwiesen, da diese Anstalten für Lazarettzwecke geräumt wurden. Im September übernahmen wir 30 Kranke aus der durch die Russen zum Teil zerstörten ostpreußischen Anstalt Tapiau. Ferner trafen am 14. November 570 Kranke der an der russischen Grenze gelegenen schlesischen Anstalt Lublinitz hier ein, von denen aber 505 Kranke bald nach Großschweidnitz (Königreich Sachsen) und Görden bei Brandenburg a. H. weiterbefördert wurden. — Gegenwärtiger Krankenbestand: 1180. — Unter 29 Männern und 15 Frauen, die im August und September aufgenommen wurden, befanden sich 5 Männer und 6 Frauen, bei denen die plötzlich aufgetretene Geisteskrankheit in ursächlichem Zusammenhange mit dem Kriegsausbruche stand. Unter den Aufgenommenen befindet sich ein russischer heerespflichtiger Arbeiter, der bald nach seiner Unterbringung in einer Gefangenenanstalt geisteskrank wurde; er ist inzwischen geheilt und wird demnächst in das Gefangenenlager zurückkehren. — Zwei Häuser sind als Reservelazarett für ungefähr 120 verwundete Krieger eingerichtet. Ärzte und Pflegepersonen werden laut Vereinbarung zwischen Provinzialverwaltung und Sanitätsamt vom letzteren gestellt; jedoch beteiligt sich an der ärztlichen Behandlung in uneigennütziger Weise Dr. von Raven.

— **Provinzial-Heilanstalt Treptow a. Rega.** Ergänzung: Assistenzarzt Dr. Kost jetzt am Reservelazarett Stargard i. P. tätig.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Ückermünde.** Dem Direktor Dr. Encke ist das Eiserne Kreuz verliehen worden.

— **Bad Blankenburg.** Dem Anstaltsarzt Dr. Fr. Brandt an der Privatheilanstalt für Nervenkranke Villa Emilia in Bad Blankenburg (Thür.), früher im Wilhelmsstift zu Potsdam, ist das Eiserne Kreuz verliehen worden.

— **Herzogliche Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.** Der Assistenzarzt Dr. med. Schmidt ist am 1. Oktober d. Js. als Anstaltsarzt angestellt.

— **Heil- und Pflegeanstalt Erlangen** (Bayern, Mittelfranken). Dem Hilfsarzt Dr. Seißer und dem Anstaltssattler Gernhart wurde das Eiserne Kreuz verliehen.

— **Landesheilanstalt Jerichow.** Dr. Haeuptner erhielt das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarzweißen Bande.

— **Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt Kosten.** Direktor Sanitätsrat Dr. Karl Freiherr von Blomberg hat das Eiserne Kreuz II. Klasse verliehen erhalten.

— **Berichtigung.** In der Nummer 29/30 muß es unter Prov. Brandenburg heißen: Der Arzt Dr. med. von Leupoldt, Landesirrenanstalt Teupitz, ist am 1. Oktober mit der Wahrnehmung der Geschäfte eines Oberarztes (nicht I. Oberarztes) beauftragt worden.

Buchbesprechungen.

— Benario, Dr.: Die Reinfektionen bei Syphilis. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie usw. Bd. III H. 3/5. Halle a. S. 1914, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Anschließend an Johns Kasuistik vom Jahre 1909 mit 322 Fällen von Reinfektionen, deren Vorkommen man lange geleugnet hat, jetzt aber wohl allgemein anerkennen muß, hat Verfasser aus dem kurzen Zeitraum der letzten vier Jahre 112 solcher Fälle gesammelt und gesichtet. Daß die Fälle von Reinfektionen sich offensichtlich gehäuft haben, also heute öfter vorkommen als früher, erklärt B. aus der veränderten Therapie und namentlich aus der den Gesamtorganismus „sterilisierenden" Salvarsanwirkung. Der einmal spirochätenfrei gemachte menschliche Körper sei empfänglicher für eine frische Syphilisinfektion als der ungeheilte. Wir Psychiater vermögen dieses Axiom nicht nachzuprüfen, doch erscheint es mir verfrüht, wenn Verfasser zum Schluß als selbstverständlich proklamiert: „Die Erfahrung hat gelehrt, daß wir imstande sind, die Sterilisation des Organismus (mit Salvarsan) herbeizuführen."

Wern. H. Becker-Herborn.



— Marcuse, Dr. Harry: Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewußtseinszustände. Berlin 1913, Hirschwald.

Verfasser sucht die Psychosen mit Hilfe der Psychologie Jodls zu erklären. Danach sind Hysterie und Imbezillität Gegensätze; bei Hysterie — die Neurasthenie faßt M. lediglich als Hysterie leichteren Grades auf — besteht eine Hyperfunktion des Empfindens, des Fühlens und des Strebens, bei Imbezillität eine derartige Hypofunktion. Da Hyperfunktion und Hypofunktion nur relativ aufgefaßt werden können, so erklärt sich das scheinbare Paradoxon des Vorkommens von hysterischen Zügen bei Imbezillen. Die Paranoia ist ein krankhafter Erregungszustand bei Hyperfunktion von sekundären psychischen Funktionen, der von der primären Funktion ausgeht und sowohl Empfinden wie auch Fühlen und Streben betrifft. Die traumatische Neurose „stellt eine Psychose dar, die in krankhafter, von der sekundären Funktion ausgehender Erregung bei hysterischer Konstitution besteht". Der Stupor stellt die stärksten Grade der von der primären Stufe ausgehenden Erregung dar. Die Dementia praecox beruht auf einem krankhaften Erregungszustand des Wollens oder der Spontaneität, wie M. sich, wieder Jodl folgend, ausdrückt. So versucht Verfasser die einzelnen bekannten psychiatrischen Krankheitsbilder unterzubringen. Im 13. Kapitel bringt er dann rekapitulierend selbst den Einwand vor, daß durch die Zusammenfassung so vieler klinisch verschiedener Krankheitsbilder, durch die Einteilung sämtlicher funktioneller Psychosen in katatonische und hysterische, für ihre Erkenntnis nichts gewonnen sei, und versucht diesen Vorwurf zu entkräften. Die letzten Kapitel enthalten Auslassungen über Schlaf, Traum, Hypnose, Simulation, über Alkoholwirkung, über diffuse organische Gehirnerkrankungen, über Epilepsie und Amnesie und über Vererbung. Einige Sätze möchte ich da wieder für den Leser herausgreifen. „Wir definieren die Hypnose als einen künstlich hervorgerufenen Dämmerzustand." „Die epileptischen Psychosen sind nichts anderes als katatonische Prozesse bei Entwicklungsanomalien." „Das manisch-depressive Irresein gehört zur Dementia praecox, es beruht auf derselben Anlage und stellt nur eine besondere Erscheinungsform derselben dar, aber keine scharf abgrenzbare Psychose." Zum Schluß sagt Verfasser folgende zwei Sätze: „Die energetische Theorie führt zu neuen Fragestellungen und neuen Problemen . . . . ." „Damit dürfte bewiesen sein, daß ihre Voraussetzungen und Schlüsse richtig sind." Von diesen zwei Sätzen möchte ich den ersten lieber unterschreiben als den zweiten, gebe aber zu, daß die Ausführungen des Verfassers anregend, belebend, originell und schließlich in diesem Sinne und wegen der ganz neuartigen Gesichtspunkte auch von gewissem Werte sind.

Wern. H. Becker - Weilmünster.

— Adler, Dr. A.: Erwiderung. Zentralblatt für Psychoanalyse III 10/11.

Polemik Adlers gegen Maeder, dem A. Mißdeutungen seiner, A.s, Anschauungen und nicht genügende Wahrung seiner wissenschaftlichen Priorität vorwirft. Wern. H. Becker - Herborn.

Therapeutisches.

— Über die Wirkung des Sedobrols bei Epilepsie. Von Dr. Fritz Schulhof. Aus den n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien. Wien. klin. Wochenschrift vom 21. Mai 1914 Nr. 21.

Verf. kommt zu folgendem Schluß: „Um nun das Resultat, das hier gewonnen wurde, zusammenzufassen, soll kurz gesagt sein, daß Sedobrol nur in jenen Fällen durchaus günstig zu wirken scheint, deren Anfälle ohne Benommenheits- oder Verwirrtheitszustände vor oder nachher einhergehen, während in allen anderen Fällen zwar die Anfälle an Zahl zurückgehen, dagegen gerade der psychische und selten auch der somatische Zustand weitgehend leiden kann.

Das hier ausgesprochene Resultat beansprucht immerhin noch keine apodiktische Richtigkeit und erscheint es geraten, das Mittel noch weiter an anderen Kranken durch andere Ärzte zu prüfen.

So dürfte sich das Sedrobrol gerade in der Tätigkeit des praktischen Arztes und in den verschiedenen Ambulatorien einbürgern, weil gerade diese es sind, die von jener Art von Epileptikern um Rat aufgesucht werden, bei denen es nach unseren Erfahrungen günstiger einwirkt.

Immer aber ist ein Versuch in den Anstalten bei

jedem Fall geboten, weil Sedobrol fast immer die Anzahl der Fälle herabdrückt, was besonders dann von Vorteil ist, wenn ihre große Anzahl eine direkte Lebensgefahr bedeutet und weil es in der Anstalt von keiner sehr großen Bedeutung ist, wenn ein Patient vorübergehend unruhig und verwirrt wird — ein einfaches Aussetzen des Mittels schafft sofortige oder doch baldigst eintretende Beruhigung."

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne. Halle a. S.

An den **Kückenmühler Anstalten in Stettin** (Evang. Heil- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige, Epileptische u. Psychopathen, zurzeit an 1200 Kranke) ist die

Stelle eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin

sofort zu besetzen, ev. auch durch einen älteren Kandidaten der Medizin. Gehalt 1800—2400 M und freie Station je nach Vorbildung. Meldungen nebst Zeugnisabschriften an den **Chefarzt Dr. Schnitzer.**

Für möglichst bald wird ein

Assistenzarzt oder -Aerztin

gesucht gegen freie Station u. 2200 M. Verpflichtung auf 1 Jahr. Im zweiten Jahr 2400, im dritten Jahr 2600 M. Vergütung. **Großh. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gießen.**

Die Stelle der Oberin

an der Heilanstalt **Bergquell-Frauendorf bei Stettin** ist zum 1. Januar 1915 ev. früher oder später zu besetzen. Bewerberinnen, die Erfahrung in der Pflege Gemüts- u. Nervenkranker haben, wollen Meldungen mit Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Gehaltsansprüchen an den Unterzeichneten einsenden.

Dr. Görlitz,
Heilanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 37/38. 19. Dezember **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Zur Erkenntnis abwegiger und krankhafter Geisteszustände bei Schulrekruten.

Eine Vorlesung vor der Hauptversammlung des Lippischen Lehrervereins

von Dr. **W. Alter,**
Medizinalrat und Direktor der Fürstlich Lippischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus.

(Fortsetzung.)

Dieselbe Stellungnahme wird noch entschiedener gerechtfertigt und notwendig sein, wenn der erste Eindruck neben solchen Befunden oder in vereinzeltem Auftreten noch ein oder das andere jener körperlichen Anzeichen ergibt, die als Merkmale der Entartung oder als Offenbarungen schwerer Nervenleiden gedeutet werden müssen.

Meine Herren! Sie wissen ja alle, daß der Begriff der Entartung, der an eine schlechte Keimanlage oder an eine ungünstige Keimentwicklung gebunden ist, in der Entstehung abwegiger, ungewöhnlicher und krankhafter Geisteszustände eine ganz außerordentlich große Rolle spielt. Die Entartung bedeutet immer eine Verschiebung gegenüber den gewöhnlichen Bahnen und den gesunden Grenzen der Entwicklung: sie wird oft nur in der geistigen Bilanz geltend, aber sie gewinnt auch nicht selten für die Gestaltung des Körpers einen charakteristischen Einfluß, der dann die sogenannten Entartungszeichen zur Ausbildung gelangen läßt.

Als solche Entartungszeichen sind zu bewerten: Mißbildungen des Kopfschädels, auffallende Ungleichmäßigkeiten der Gesichtshälften, Mißbildungen der Nase, Verschiebungen in der gewöhnlichen Stellung der Kiefer, Störungen in der Zahnreihe und Ohrverbildungen. In noch höherem Grade sind Hasenscharten, Wolfsrachen, angeborene Verkrüppelungen und Mängel an den Gliedern in diesem Sinne zu beachten, sie paaren sich besonders häufig mit einer seelischen Mißbildung und sind daher stets beachtenswerte Wegweiser zu ungewöhnlichen Geisteszuständen.

Solche Wegweiser sind aber auch ausnahmslos alle jene — zum Teil sehr auffälligen — körperlichen Eigentümlichkeiten, die überstandene oder fortwirkende Nervenleiden anzeigen. Es handelt sich dabei natürlich um Dinge, die nach Wesen und Entstehung sehr verschieden sind: ich lasse das hier ganz außer Betracht und hebe sie nur hervor, weil der Erzieher eben grundsätzlich einen abnormen Geisteszustand erwarten soll, wenn er ihnen begegnet. In erster Linie stehen da jene Lähmungen und Bewegungsstörungen einzelner Glieder, jene Schwächen und Mängel des Ganges und vor allem die Gebrechen im Sprechmechanismus, die in unserem Lande so oft vorkommen und immer den Ausdruck schwerer Nervenleiden darstellen. Die kindlichen Sprachstörungen sind überhaupt stets sehr belangreich für die Einschätzung zur Schulerziehung; Kinder, die stottern oder beim Sprechen stocken, sind vorsichtig zu bewerten. — Kinder, die auffallend langsam und mit schwerer Zunge reden, sind stets auf Narben am Schädel, im Gesicht oder an der Zunge nachzusehen: denn man muß bei ihnen von vornherein an die Möglichkeit einer zurzeit herabgeminderten oder ganz ruhenden Epilepsie denken, deren Bestehen selbst den Eltern unbekannt sein kann. Das ist gerade bei uns doppelt angebracht, weil es unter unserer Bevölkerung auffallend viel Epileptische gibt, die nur in den ersten Kindheitsjahren an Krämpfen




leiden und dann scheinbar gesund sind, bis in den Entwicklungsjahren die Krankheit aufs neue losbricht. — Daß bei offenkundigen Krampfzuständen, bei Kindern, die sich verunreinigen, die an Ohnmachten leiden, die Zuckungen, ein allgemeines oder auf einzelne Glieder beschränktes Zittern, zwangsmäßige Bewegungen oder irgend eine Art von Veitstanzerscheinungen aufweisen, erst recht eine geistige Beeinträchtigung angenommen werden darf, versteht sich von selbst: solche Feststellungen müssen unbedingt zu dem Schlusse bewertet werden, den alle anderen körperlichen Gebrechen, Mängel und Mißbildungen der Schulrekruten zum mindesten zur Möglichkeit in Erwägung stellen sollen. Gerade eine solche gewissenhafte Würdigung der körperlichen Befunde ist in vielen Fällen das nächste und wirksamste Mittel, um den Gefahren vorzubeugen, die aus einem Übersehen oder Mißachten der geistigen Eigenart seelisch mißgebildeter Kinder immer gegeben sind — und leider auch sehr oft geltend werden, wenn die seelischen Wesenszüge, die solchen Kindern als trauriges Kennzeichen anhaften, zu Eigensinn, Ungezogenheit und Schlechtigkeit verkannt werden. Denn das ist leider das gewöhnliche Schicksal, das solchen Geisteszuständen widerfährt: sie erleiden eine in jeder Beziehung schädliche Verkennung, und am häufigsten deshalb, weil sie aus einer grundsätzlich irrigen und deshalb immer irreführenden Stellungnahme betrachtet und beurteilt werden.

Meine Herren, es klingt paradox, aber es ist eine wichtige Wahrheit: wenn Sie Irrtümer bei der Beurteilung abwegiger Seelenzustände vermeiden wollen, müssen Sie das ausschalten, was sonst die Schule von Ihnen am dringlichsten fordert: die Subjektivität der Persönlichkeit und das eigene Empfinden. Meine Herren, das Beste in Ihrer Arbeit und alles Nachhaltige beruht auf in der rechten Weise zur Ermahnung, zum Lobe, zum Verweis und zur Strafe angewandten eigenen Gefühlen: auf einem Wirksamwerden Ihrer eigenen Affekte. Gerade diese höchste Fähigkeit müssen Sie aber unbedingt zurückdrängen, wenn Sie an die Betrachtung und Ermittlung ungewöhnlicher kindlicher Geisteszustände herantreten. Affekte bedeuten immer Vorurteile und in Ihrem Falle berufsmäßige Vorurteile in moralisierender Richtung. Solche Vorurteile bilden überall starke Hemmungen für ein Verstehen seelischer Mißbildungen: wer einen fremden oder gar fremdartigen Geisteszustand moralisierend betrachtet, gerät immer selbst in eine veränderte Affektlage und daraus in die fast unvermeidliche Gefahr, die fremden Affekte falsch zu beurteilen und das ganze fremde Gemütsleben in seinen wesentlichen Voraussetzungen und Bedingungen zu verkennen. Es kommt hinzu, daß wir alle gewohnt sind, Gefühle an Vorstellungen zu messen und durch Vorstellungen zu bewerten: auch das ist falsch, wenn man die Gefühle von Kindern und besonders von geistig abnormen Kindern richtig verstehen will: denn die kindliche Affektivität ist nicht durch Vorstellungen meßbar oder verständlich; sie kann nur aus ihren Äußerungen erschlossen und bewertet werden.

Deshalb kann man diese wichtigste Eigentümlichkeit der geistig abwegigen Kinder — und ihren ganzen Seelenzustand — nur dann richtig begreifen, wenn man ihr Wesen ganz vorurteilslos, in naturwissenschaftlich nüchterner Tatsachendarstellung und in streng objektiver Schlußfolgerung betrachtet: jede andere Betrachtungsweise muß im Wesentlichsten versagen, wenn es gilt, aus Unerzogenheit und Ungezogenheit die Grenzen der Erziehbarkeit zu bestimmen. Denn Unerzogenheit und Ungezogenheit erscheinen eben auf rein geistigem Gebiet in der Regel als die offensichtlichsten Merkmale minderwertiger Kinder — und sehr oft als besonders gefährliche Merkmale, weil sie die eigentliche Eigenart solcher Seelenzustände verdecken und schematisieren.

Diese eigentlichen Seelenzustände der geistig minderwertigen Kinder sind nun ganz *außerordentlich* vielgestaltig: so vielgestaltig, daß die alten Begriffe des Schwachsinns und Blödsinns nicht im entferntesten der Fülle dieser Erscheinungen gerecht zu werden vermögen. Sie versagen aber auch deshalb, weil ihre Anwendung den Kernpunkt des ganzen pädagogischen Problems verlagert: es ist nicht die Hauptsache, daß die blödsinnigen, d. h. die nicht schulbaren Kinder ausgesondert werden, sondern es ist, wie gesagt, die eigentliche Problemstellung der neuen Pädagogik, daß die geistig nicht vollwertigen oder nicht vollgesunden Kinder weder übersehen noch verkannt, sondern in ihrem Ausnahmezustand richtig ermittelt, genau ausgewertet und danach zweckmäßig behandelt werden.

Bei den blödsinnigen Kindern ist in der Normalschule alle Zeit und jede Arbeit vergeudet: ihre Einschulung muß daher unbedingt vermieden oder — wo sie erfolgt ist — rückgängig gemacht werden. Ihre Erkennung ist nicht schwer. In der Regel verrät sie schon ihr körperlicher Zustand, die scharfe Heraussetzung von Entartungszeichen oder von Merkmalen schwerer Nervenleiden. Am augenfälligsten ist meist die Ungeschicklichkeit und die Formenarmut ihrer Bewegungen — als deren Teilerscheinung fast immer mehr oder weniger hochgradige Sprachstörungen bestehen. Und wenn solche körperliche Anzeichen fehlen, dann



fällt bei blödsinnigen Kindern meist von vornherein eine Reihe von sehr charakteristischen geistigen Wesenszügen auf. Besonders leicht und belangreich ist da immer die Feststellung, ob und in welchem Umfange die Anfänge des Persönlichkeitsbewußtseins — die jeder gesunde Schulrekrut besitzen muß — entwickelt und gegeben sind. Man darf ohne weiteres eine hochgradige geistige Minderung annehmen, wenn ein Kind, das zur Schule kommt, von sich noch in der dritten Person spricht, wenn es rechts und links nicht unterscheiden kann und seine Körperteile nicht zu bezeichnen weiß. Ebenso bedeutsam wie diese Feststellungen aus dem Persönlichkeitsbewußtsein ist das Ergebnis einer anderen, im ersten Augenblick möglichen Prüfung: hochgradig schwachsinnige Kinder sind außer stande, zwei bis drei gleichzeitig erteilte Aufträge hintereinander auszuführen. Belassen diese leichten Prüfungen noch Unsicherheit, dann offenbart jedem einigermaßen geschulten Beobachter schon eine kurze Bekanntschaft mit solchen Kindern das Fehlen jenes Grades von Willenskraft, das beim gesunden Kinde die ursprünglichsten Triebhandlungen mit Sicherheit zurückhält und vor allem hochgradige Mängel des Gefühlslebens: sie zeigen sich in der Empfindungsschwäche, die solchen Kindern eigen ist und besonders auffallend in ihrer Gleichgültigkeit gegen Schmerzreizungen und Geschmacksunterschiede hervortritt: sie imponieren aber auch in jeder anderen Beziehung zu dem eigentlich klassischen Wesenszug: zu dem Mangel jeder geistigen Regsamkeit; die Kinder sind nicht nur unfähig zum Lernen, sondern auch außer stande, aufzumerken, aufzufassen und zu begreifen.

Gerade dieser Stumpfsinn der hochgradig schwachsinnigen oder nach dem alten Sprachgebrauch blödsinnigen Kinder grenzt diese Zustände sehr scharf ab gegen jene Gruppen von Schulrekruten, die in Wirklichkeit nicht geistesschwach sind, sondern nur aus geistiger Schwerfälligkeit und aus Unbildung durch soziale Verwahrlosung schwachsinnig erscheinen oder infolge von Krankheiten in ihrer geistigen Entwicklung zurückgeblieben sind. Bei diesen drei Gruppen besteht — wenn es sich um unkomplizierte Fälle handelt — immer eine deutliche Fähigkeit zum Aufmerken und eine ganz gesunde geistige Regsamkeit, die zwar bei den durch Krankheit Schwachen zu rascher Ermüdung neigt, die sich aber auch da durch ihre ungestörte und allgemeine Neigung zum Behalten und Bewahren meist sehr deutlich abgrenzen läßt gegen jene ungesunde und unechte geistige Regsamkeit, die wieder, als eine freilich anders geartete affektive Störung, eines der hervorstechendsten Kennzeichen jener großen Gruppe von minderwertigen und nervösen Kindern darstellt, für die ich Ihr besonderes Interesse fesseln möchte.

(Schluß folgt.)

Über englisches Irrenwesen.

Von Dr. **G. Werner,** Bedburg-Hau.

(Schluß.)

Etwas, was man in England gar nicht kennt, weil es gesetzlich verboten ist, und was uns oft sehr gute Dienste leistet, ist die Einpackung in feuchte Tücher. Wenn die englischen Kollegen mich nach unserer Badebehandlung und den Einpackungen fragten, so verbanden sie damit immer etwas abenteuerliche Vorstellungen, vor allem meinten sie, die Dauerbäder würden immer gleich mehrere Tage und Nächte hindurch fortgesetzt. Wir hingegen schaudern, wenn wir von Gummizellen hören. Dem gegenüber muß ich betonen, daß erstens alle Gummizellen, die ich gesehen habe, sehr gut imstande waren, fast gar nicht nach Gummi und niemals nach Fäkalien rochen und daß zweitens die Insassen dieser Zellen niemals einen verwahrlosten Eindruck machten.

Wenn ich die Behandlung der Erregungszustände vergleiche, so liegt, außer der gleichen Behandlung mit Arzneimitteln per os oder subkutan, der deutschen und englischen Methode mit das Prinzip der Isolierung, der Entfernung aus dem bisherigen Milieu zugrunde. Unser Isolierzimmer ist eben der Baderaum und lassen wir den Kranken in der Wanne seine motorische Unruhe austoben, daneben wenden wir gern die Packung an und finden es häufig praktisch, den Kranken in ein Nebenzimmer bei offener Tür zu legen, wo er nicht immer wieder durch den Lärm seiner unmittelbaren Nachbarn angesteckt wird. Viele Kranke sind bei uns ja selbst einsichtig genug, um Einzelzimmer zu bitten, weil sie dort ruhiger bleiben.

In England wendet man das Einzelzimmer, allerdings meist mit geschlossener Tür, für alle möglichen Zwecke an. Zunächst nachts für die



chronischen Halluzinanten und leicht Unruhigen, „sie können sich dann ungehindert ausschwatzen, stören die anderen Patienten nicht und fühlen sich außerdem viel sicherer, zu Hause haben sie ja auch ihr Schlafzimmer immer abgeschlossen." Ferner wird, namentlich in Schottland, jede beginnende Erregung schon isoliert, „damit die anderen Kranken nicht psychisch infiziert werden". Diese Einzelzimmer sind dann, wie es namentlich Dr. Robertson befürwortet, sehr behaglich eingerichtet, nicht selten setzt sich die Pflegerin dazu und sucht durch Zureden noch zu beruhigen, so daß ein Abschließen der Tür unterbleiben kann. Für die schweren Erregungszustände mit Zerstörungssucht, die man nicht dauernd unter Narkotizis halten will, bleiben die Isolierzimmer mit dickem Holzbelag an den Wänden und Oberlicht, oder die „padded rooms". Es ist merkwürdig, daß in diesen Räumen Selbstbeschädigungen äußerst selten sind und kaum befürchtet werden. Vielleicht haben die Patienten, gerade weil sie allein und abgeschlossen sind, noch ein gewisses Gefühl für Selbstverantwortung, das sie von schwerer Selbstbeschädigung abhält, während wir nicht selten beobachten, daß Kranke in der Packung bestrebt sind zu zeigen, daß sie doch noch Unfug machen können, gerade weil sie so behindert sind. Auch in dem Chelsea workhouse, einem Arbeitshause, das ich in London besuchte, befand sich ein „padded room" für Leute, die im Delirium tremens eingeliefert werden und dort bleiben müssen, bis für ihre Unterbringung anderweit Sorge getroffen ist.

Noch ein Punkt, in dem sich die englische von der deutschen Krankenpflege unterscheidet, ist die Bettbehandlung, mit der wir ja ziemlich freigebig sind. In England legt man die Kranken, solange es geht, nicht ins Bett, sondern läßt die Gebrechlichen und Siechen tagsüber in den sehr bequemen Sesseln oder einer Art von fest gebauten Triumphstühlen ruhen, die auch mit Vorliebe bei den Epileptikern Verwendung finden. Zu den Mahlzeiten wird als Tisch ein Brettchen über die Armlehnen gelegt.

Die größeren Anstalten besitzen in der Regel für die tuberkulösen Kranken ein abseits gelegenes besonderes Haus, in dem noch mehr wie sonst für Zutritt von Luft und Licht gesorgt ist, was besonders durch die bis in Kniehöhe herabreichenden Fenster erreicht wird. Daß sich hier auch recht geräumige Veranden befinden, braucht wohl kaum erwähnt zu werden.

Meistens wird die Wäsche der Tuberkulösen, sowie die der unreinlichen Kranken ungesäubert der Waschanstalt übergeben, die dafür eine besondere kleine Anlage besitzt, mit der stets der Desinfektionsraum verbunden ist. Dies erscheint mir sehr nachahmenswert. Durch den ständigen Gebrauch des Desinfektionsapparates bleibt derselbe stets verwendungsfertig und ist das Personal damit gut vertraut.

Die Beschäftigung der Kranken in der Hausindustrie wird in England nicht so intensiv betrieben, weil nur für den eigenen Bedarf gearbeitet werden darf, Verkauf nach auswärts ist verboten.

In einigen Anstalten fiel mir auf der Frauenseite die in Stoff und Schnitt ganz verschiedene Kleidung der Frauen auf; ich glaubte, die Frauen trügen da ihre eigne Kleidung. Man teilte mir mit, daß soweit irgendmöglich Sonderwünsche der Frauen bezüglich der Kleidung berücksichtigt würden, weil diese dann viel schonender mit den ihnen verbleibenden Kleidern, die sie auch möglichst selbst instand halten, umgehen, so daß dadurch die entstehenden Mehrkosten reichlich aufgewogen würden.

Schließlich möchte ich noch eine besondere Eigentümlichkeit in der Regelung des Gottesdienstes erwähnen. Nach Möglichkeit besitzt jede Konfession ihre eigene Kirche oder Betsaal. Wenn aber ein gemeinschaftlicher Betsaal benutzt werden muß, so hat jede Konfession ihren eigenen Altar und die Bänke sind ganz gesondert aufgestellt.

Den modernsten Eindruck von allen Anstalten machte mir die 1908 nach deutschem Muster errichtete Anstalt Bangour bei Edinburg, die ganz im Villensystem errichtet wurde. Nur die beiden Aufnahmesäle schließen sich dem Verwaltungsgebäude an. Unruhige Neuaufnahmen kommen in Einzelzimmer mit einer Wärterin. Der ärztliche Dienst wird vom Direktor, zwei Ärzten und einer Ärztin versehen, die hauptsächlich die bettlägerigen Kranken beiderlei Geschlechts behandelt. Die Ärztin ißt mit der Oberpflegerin zusammen. Die Pflege der 800 Kranken (380 m., 420 w.) besorgen 73 Pflegerinnen und 37 Pfleger, diese besonders in der industrial section. Am Eingang der Anstalt befindet sich eine kleine alkoholfreie Wirtschaft, wo die Besucher mit den Kranken Tee trinken und ihnen Nahrungs- und Genußmittel kaufen dürfen. Die ganze Anlage hat sich als sehr praktisch herausgestellt und soll erweitert werden.

Von Privatanstalten konnte ich das berühmte Craighouse und das Holloway Sanatorium besuchen. Im Craighouse, bei Edinburg, sind nur reichere, etwa 215, Kranke untergebracht, die bis 40 000 M Pflegekosten zahlen, dafür stehen ihnen dann eigene kleine Villen und besonderes Pflege-



personal zur Verfügung. Bewundernswert ist die prachtvolle Diele mit offenem, schön verzierten Dachstuhl, wie man es ja öfter in England findet. Das Holloway Sanatorium bei London, die neu erbaute Stiftung eines reichen Chemikers, ist für minder bemittelte Kranke der gebildeten Stände bestimmt und entzückt jeden Besucher nicht nur durch die gediegene Inneneinrichtnug, sondern vor allem durch die Pracht seiner Gartenanlagen und die bis ans Dach reichende Berankung mit Ampelopsis Veitschi und Kletterrosen.

Von einer Beschreibung des alten und wohlbekannten Bethlem Royal Hospitals, das mitten im Süden Londons liegt, möchte ich hier absehen, weil darüber schon viel veröffentlicht ist, und mich lieber etwas genauer mit der schottischen Familienpflege beschäftigen, die ich an zwei Stellen, einmal in der Grafschaft Fife, nördlich von Firth of Forth, das anderemal südlich von Glasgow, in der Gegend von Lanark, kennen lernte.

Wie schon erwähnt, will man in Schottland in den Anstalten vornehmlich Krankenhäuser zur Behandlung der akuten Geisteskrankheiten sehen. Die chronischen Fälle werden, soweit es ihr Zustand erlaubt, der Familienpflege überwiesen, scheiden aber, und das ist das Wichtige hierbei, aus der direkten psychiatrischen Behandlung aus, die der Ortsarzt für ein jährliches Pauschale von 20 M für den Kranken übernimmt, wofür er vier Besuche zu leisten hat. Besondere Behandlung in Krankheitsfällen wird mit etwa 2,50 M für den Besuch bezahlt. Die eigentliche Verwaltung und Beaufsichtigung besorgt ein „Inspector of poor" der Zentralverwaltung, der drei- bis viermal die Kranken besucht und seine eignen Einträge im Kontrollbuch, das jede Pflegefamilie führen muß, macht; außerdem können noch ein- bis zweimal jährlich Revisionsbeamte und „der Dr. Commissioner", der Landespsychiater, Visitationen abhalten. Ortsarzt und Dr. Commissioner besitzen wohl kaum die Zeit, sich mit den einzelnen Kranken abzugeben, dagegen merkte man es sofort, daß Pfleger und Kranke gewohnt waren, sich mit allen Anliegen an den Inspector of poor zu wenden. Die beiden Herren, mit denen ich die Familienpfleglinge besuchte, waren ganz vorzüglich über die Verhältnisse ihrer Schutzbefohlenen orientiert und wurden überall mit Freude begrüßt. In der Grafschaft Fife, wo die Kranken auf einzeln liegenden Bauerhöfen zu 2 bis 4 Personen untergebracht waren, erhielt ich äußerst günstige Eindrücke, namentlich war es angenehm, wie die Hausfrauen, denen ja in der Hauptsache die eigentliche Arbeit zufällt, wahrhaft mütterlich für ihre großen Kinder sorgten. Weniger befriedigte mich die Familienpflege in dem eng gebauten Dorfe bei Glasgow. Einmal genügten die Reinlichkeit und Sauberkeit der Wohngelasse bisweilen nicht ziemlich bescheidenen Ansprüchen, zum anderen waren die Kranken manchmal zu sehr zusammengepfercht und mußten zu zweien in einem Bett schlafen. Dann waren noch Invaliditätskranke in denselben Familien untergebracht. So fand ich als Maximum in einem kleineren Hause mit bescheidenem Garten untergebracht einen ausgeprägten Fall von Myxödem, ein gelähmtes junges Mädchen im Rollstuhl, wahrscheinlich ein Fall von Poliomyelitis, und dann noch vier Frauen, von denen zwei stumpf dement waren, eine lebhaft schimpfend sich als Königin der Welt bezeichnete und eine ruhig und arbeitsam war. Drei von diesen Frauen würden wir sicher auf einer Abteilung für Halbunruhige untergebracht haben. Auf Befragen erklärte das geistesgesunde junge Mädchen aber, schon einige Jahre mit diesen Kranken zusammenzuleben und ganz zufrieden zu sein.

Die Gesamtunkosten, Kleidung, Verpflegung, ärztliche Versorgung und Verwaltung betragen in Fife 10 M, in Lanark 8,50 pro Woche, die täglichen Pflegesätze meist 1 M.

Zum Schluß sei noch einer Kategorie von Kranken gedacht, deren Unterbringung überall mit den größten Schwierigkeiten verbunden ist, ich meine die sogenannten kriminellen Geisteskranken. Diese verbleiben, bis auf die ganz leichten Fälle, bei der direkten Gefängnisverwaltung des Staates. In Schottland ist die psychiatrische Abteilung (50 M., 20 W.) dem Gefängnis in Perth angegliedert, untersteht aber einem ganz selbständigen Psychiater. Das Männerhaus ist über 100 Jahre alt und ganz veraltet in seinen Einrichtungen. Die Kranken werden meist nur nachts in die Zellen eingeschlossen, die breiten Korridore sind mit bequemen Möbeln als Tagesraum eingerichtet. Die Behandlung innerhalb der hohen Mauern ist möglichst frei und sucht alles Gefängnismäßige zu vermeiden. Von den 20 Frauen sind die meisten Kindsmörderinnen. Es ist bewundernswert, wie trotz der alten Baulichkeiten modernen Anschauungen in der Behandlung durch den Direktor Rechnung getragen wird.

Im eigentlichen England werden die Kriminellen in großen Staatsirrenanstalten untergebracht, von denen ich das bekannte Broadmoor und das neuerbaute Rampton besuchen konnte. Broadmoor machte, trotzdem es schon etwas veraltet ist, einen recht günstigen Eindruck und ist schon oft beschrieben worden. (Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Von Prof. Aschaffenburg, Berlin 1912.) Ich



möchte nur bemerken, daß seit etwa 30 Jahren keine Entweichung mehr vorgekommen ist und der Direktor die padded rooms abgeschafft hat. Erregte Kranke kommen sofort auf den Korridor, wo sie sich „auspulvern“ können, wenn das nicht hilft, werden sie in Zellen isoliert. Die Behandlung ist auch hier recht frei, Männer und Frauen erhalten täglich leichtes obergäriges Bier.

Die neueste Anstalt Rampton bei Retford, 350 km nördlich von London, wird nach Fertigstellung 800 Kranke beherbergen, zurzeit waren 165 Männer und 55 Frauen dort untergebracht. Die Anstalt ist im Korridorsystem erbaut und für unsere Begriffe nicht fest genug. Man gewann den Eindruck, daß die neueren Errungenschaften im Anstaltsbau nicht überall genügend berücksichtigt waren. Die Herren sind selbst von den ausgeführten Bauten nicht voll befriedigt und hoffen, daß die neuen Häuser besser ausfallen werden. Die Inneneinrichtung ließ natürlich nicht Polsterbänke, mehrere Klaviere und Billards, sowie eine gute Bibliothek vermissen.

Im allgemeinen entscheidet das home office (Ministerium des Innern) über die Unterbringung der Kriminellen. Die in den Anstalten verbrachte Zeit wird auf die Strafe angerechnet, doch richtet sich die Entlassung nach dem Geisteszustand. Auf Antrag kann probeweise Entlassung stattfinden. Die öffentlichen Anstalten wehren sich meist mit Erfolg gegen die Überführung harmlos gewordener Krimineller, so kommt es, daß die Staatsanstalten groß angelegt werden müssen und die Insassen lange nicht den gefährlichen Eindruck machen, wie wir es von unsern Bewahrungshäusern gewohnt sind. Daher sind auch die Aufsicht und die Sicherheitsmaßregeln lange nicht so streng wie bei uns. Hinzu kommt noch, daß in England Selbstmordversuch als Kriminalverbrechen gilt und mancher allein deswegen in die Anstalt kommt. Wir dürfen daher das norddeutsche Bewahrungshaus nicht mit der englischen Strafirrenanstalt ohne weiteres vergleichen.

Statistisches.

Um einen zahlenmäßigen Vergleich anstellen zu können, seien aus dem Bericht der Grafschaft London von 1911 folgende Daten angeführt: In den 10 Anstalten waren 20111 Betten vorhanden, 8 Anstalten hatten 2000 bis 2400 Kranke. Geisteskranke wurden gezählt 28011. Davon waren in den 10 Anstalten 20429, weitere 7100 in städtischen Anstalten, 483 in Armenhäusern oder bei Verwandten, der jährliche Zuwachs betrug 529 im Durchschnitt.

Der Herr Rendant unserer Anstalt hat sich freundlicherweise der Mühe unterzogen, den Hauptetat der Londoner Anstalten im Auszug in deutsche Währung umzurechnen und ebenso den Etat des Rainhill Asylums und unserer Anstalt auf 1000 Köpfe zu berechnen und zu vergleichen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß Rainhill eine alte Anstalt ist; sie wurde etwa 1850 eröffnet und vor 10 Jahren bedeutend erweitert, während die Anstalt Bedburg-Hau erst 1911 in Betrieb gesetzt wurde und sich damit der große Unterschied in den Kosten für Neu- und Umbauten erklärt.

Auszug

aus dem Haupt-Etat der Londoner Anstalten 1911.

Ausgaben.	M
Unterhaltungskosten	11 633 196,—
Bauten und Reparaturen:	
1. Allgemeine Kosten	1 091 370,80
2. Neubauten und außerordentliche Ausgaben	789 936,08
Summa:	13 514 502,88
Einnahmen.	
Unterhaltungsbeiträge	11 231 103,61
Bauten und Reparaturen:	
1. Allgemeine Einnahmen	1 091 370,80
2. Neubauten und außerordentliche Einnahmen	716 885,—
Summa:	13 039 359,41
Garten- und Gutswirtschaft:	
Total-Ausgaben	1 020 572,—
Total-Einnahmen und Übertrag	985 895,83
Wert der vorhandenen Bestände	601 708,32
Balanziert mit:	1 587 604,14

Einnahme.	Rainhill-Asylum umgerechnet auf 1000 Köpfe 1. April 1912 bis 1. April 1913	Bedburg-Hau umgerechnet auf 1000 Köpfe 1. April 1912 bis 1. April 1913
Erlös aus Garten- und Gutswirtschaft	5421,61	43 246,05
Pflegekosten der Kranken	516 525,43	571 314,31
Sonstige Einnahmen		4855,68
Verkaufte Vorräte und Verpflegung von Arbeitern	2527,87	—,—
Erlös aus Möbel- und Bettenverkauf	580,62	—,—
Erlös aus alten Sachen, Bankzinsen usw	3836,79	—,—
Erlös aus Särgen und altem Material	502,51	—,—
Versicherungsbeiträge	767,48	—,—
Zinsen von Stiftungen	—,—	47,57
Von der Hauptkasse:		
für Bauten, Reparaturen, Darlehn usw.	79 928,82	—,—
für Gehälter, Löhne und Nationalversicherung	6935,32	—,—
Summa:	617 026,45	619 463,61



Oder pro Kopf und Jahr im Rainhill Asylum 617,03 M, in Bedburg-Hau 619,46 M; pro Kopf und Tag im Rainhill Asylum 169 Pf., in Bedburg-Hau 169,6 Pf.

Ausgabe.

	Rainhill-Asylum	Bedburg-Hau
Vorschuß aus vorigem Jahr . . .	—,—	3033,02
Besoldungen	42 051,14	55 203,75
Löhne: Pflege- und Dienstpersonal und Nationalversicherung . . .	139 026,66	98 515,23
Für Beköstigung	202 127,73	259 148,11
Für Bekleidung	37 383,64	16 318,45
Für Lagerung, Bettzeug und Tischwäsche	7209,52	10 082,93
Für Reinigung	10 883,45	8200,88
Für Mobilien und Utensilien . .	11 310,92	6502,89
Für Heizung, Beleuchtung u. Wasserversorgung	62 542,09	96 149,61
Für Arznei u. Verbandmittel, ärztliche Instrumente	3065,53	7476,63
Für Kirchen- und Schulbedürfnisse	7023,90	2910,17
Unterhaltung der Gebäude . . .		15 394,23
Übertrag:	522 624,58	578 935,90
Übertrag:	522 624,58	578 935,90
Bauten und Ausbesserungen, Arbeitslöhne, Gehälter, ordentliche Reparaturen, Versicherung, außerordentliche Reparaturen usw., Pflegerhäuser, Pflegerinnen-Anbau, neue Abteilung	81 416,33	—,—
Für sonstige Ausgaben und zur Abrundung	29 230,39	22 857,38
Zinsen von Stiftungen	—,—	47,48
Summa:	633 271,30	601 840,76

Also pro Kopf und Jahr im Rainhill Asylum 633,27 M, in Bedburg-Hau 601,84 M; pro Kopf und Tag im Rainhill Asylum 173,5 Pf. (einschl. Neubau), in Bedburg-Hau 164,9 Pf.

Diese letzten beiden Zahlen verschieben sich nicht unwesentlich zugunsten Rainhills, wenn man bedenkt, daß für bauliche Zwecke Bedburg nur rund 15 000 M, Rainhill aber rund 81 000 M angelegt hat. Im allgemeinen wird man sagen können, daß in England nicht teurer gewirtschaftet wird als bei uns, in manchem sogar etwas billiger.

Mitteilungen.

— **Zum goldenen Dozentenjubiläum Albert Eulenburgs.** Am 11. November waren es 50 Jahre, daß der hervorragende Berliner Nervenarzt Geh. Medizinalrat, außerordentlicher Professor Dr. Albert Eulenburg sich als Privatdozent in Greifswald habilitierte. Am 10. August 1840 als Sohn des im Jahre 1887 gestorbenen Geh. Sanitätsrat Michael Eulenburg, der sich durch die Einführung der schwedischen Heilgymnastik in Berlin und Deutschland und die Pflege der Orthopädie eine dauernde Erinnerung gesichert hat, in Berlin geboren, besuchte Eulenburg das Friedrich-Wilhelmstädtische Gymnasium, wo unter andern Prof. Ranke, der Bruder des großen Historikers, sein Lehrer war. Mit 16 ½ Jahren zur Universität entlassen, studierte er von 1857 an in Bonn und Berlin, wo er sich besonders an Du Bois-Reymond und Traube anschloß. Am 31. Mai 1861 wurde er auf Grund der Arbeit „Über die neueren Anschauungen über die Reizbarkeit des Muskels" zum Doktor promoviert und erlangte im Frühjahr 1862 die ärztliche Approbation.

Im gleichen Jahre vollendete er unter Leitung von Virchow und Leubuscher eine gleich seiner Doktorarbeit von der Fakultät preisgekrönte Schrift über „Das Verhältnis der Gehirnapoplexie zur Herzhypertrophie und Atheromatose". Nach längerem Aufenthalt in Zürich und der üblichen Studienreise wurde Eulenburg Assistent an der chirurgischen Klinik in Greifswald, die damals Adolf Bardeleben leitete. Seine Arbeit „Die Geschichte der Behandlung des Hüftwehes" eröffnete ihm vor fünfzig Jahren die akademische Laufbahn. Im gleichen Jahre noch veröffentlichte er die ebenfalls preisgekrönte und seitdem in mehreren Auflagen erschienene Schrift „Die hypodermatische Injektion der Arzneimittel". Im Jahre 1866 siedelte Eulenburg als Privatdozent nach Berlin über, wo er Assistent an der Universitätspoliklinik unter Griesinger und später Josef Meyer wurde. 1874 wurde er als ordentlicher Professor der Arzneimittellehre nach Greifswald berufen, wo er bis 1882 wirkte, um sich dann dauernd in Berlin niederzulassen, wo er sich besonders mit der Nervenheilkunde beschäftigte. Bevor er sich diesem Sondergebiete widmete, lieferte Eulenburg Beiträge zur pathologischen Anatomie, stellte sphygmographische Untersuchungen über den Carotispuls an und bearbeitete die Lehre von der Transfusion. Besonderes Geschick bewies Eulenburg bei der einheitlichen Bearbeitung dieser einzelnen medizinischen Fragen. Besonders zu bemerken sind Eulenburgs Untersuchungen über die Wirkung des Bromkaliums.

In der Lehre von den Nervenkrankheiten bemühte sich Eulenburg mit ganz besonderer Vorliebe, durch physiologische Untersuchungen das Verständnis der Erkrankungen und einzelner krankhafter Erscheinungen zu fördern. Durch diese Eigenart sind eine ganze Reihe von Arbeiten Eulenburgs der Physiologie und der klinischen Medizin zugute gekommen. Das gilt von seiner Bearbeitung der Physiologie und Pathologie des Sympathikus, von seinen Studien über den Drucksinn und Drucksinnsmessungen. Die Gehirnphysiologie bereicherte er durch den experimentellen Nachweis des vasomotorisch-thermischen Zentrums. Zugleich ergänzten diese



Studien die Hitzig-Fritschschen grundlegenden Arbeiten über die Lokalisation der Großhirnrinde. Vielfältig haben die physiologischen Untersuchungen Eulenburgs auch praktischen Ertrag geliefert, insofern dadurch für die Untersuchung und Behandlung Nervenkranker neue Anregungen gegeben wurden. Einzelne seiner Arbeiten fertigte Eulenburg mit Landois und Paul Gutmann. Nicht gewönliche Bedeutung hatte für seine Zeit sein „Lehrbuch der funktionellen Nervenkrankheiten auf physiologischer Basis".

Frühzeitig erkannte er auch die Beziehungen zwischen Sexualstörungen und Nervenkrankheiten und widmete diesen zahlreiche Arbeiten. Hervorzuheben sind hiervon „Sexuale Neuropathie", „Sadismus und Masochismus", „Sexuale Neurasthenie" und die Abhandlung „Der Marquis de Sade". An der Gründung der seit vorigem Jahre bestehenden „Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft" ist er hervorragend beteiligt und ihr erster Vorsitzender, deren Zeitschrift er herausgibt.

Als Redakteur und Herausgeber hat Eulenburg überhaupt eine vielumfassende Tätigkeit entfaltet. Nach dem Tode von S. Guttmann übernahm er die Redaktion der „Deutschen medizinischen Wochenschrift", die er später mit Schwalbe führte, von der er 1903 zurücktrat. Er gab das „Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik" heraus und zusammen mit Kolb und Weintraud das „Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden". Jedem Mediziner und weit darüber hinaus ist bekannt „Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde", von der 1880 bis 1883 die erste Auflage in 15 Bänden erschien und gegenwärtig in 26 Bänden die vierte Auflage im Erscheinen begriffen ist. Ergänzend treten hinzu die 15 Bände „Enzyklopädische Jahrbücher". Vor vier Jahren wurde Eulenburg zum Geh. Medizinalrat ernannt. (Vossische Zeitung, 16. November 1914.)

— In einem Artikel: **Zur traumatischen Neurose** schreibt San.-Rat Direktor Dr. Horstmann, Prov.-Heilanstalt zu Stralsund, in der Ärztl. Sachverständ.-Zeitung vom 15. November 1914 Heft 22: In unserer Anstalt ist das Haus für halbruhige Männer in ein Reservelazarett für 90 Verwundete umgewandelt. Die daheimgebliebenen Anstaltsärzte sind in diesem Lazarett von der Militärbehörde als ordinierende Ärzte angestellt. Unser Lazarett in der Anstalt ist vorläufig nur mit Russen und Franzosen belegt. Es befinden sich darunter viele recht schwer Verwundete und namentlich bekommen wir ganz erhebliche Kopfverletzungen zu sehen (bei Offizieren und Gemeinen). Wir haben nun in unseren Fällen nicht ein einziges Mal auch nur Andeutungen von Symptomen der traumatischen Neurose gefunden. Es ist dies an sich ja auch gar nicht weiter auffällig. Denn wir wissen doch längst, wie sehr wir die psychischen Momente und unsere Unfallgesetzgebung für die Entstehung der traumatischen Neurose verantwortlich zu machen haben. Die Krieger lernen natürlich sogleich hart gegen sich selber zu werden und namentlich die kriegsgefangenen Verwundeten im Feindesland werden ganz gewiß nicht durch Sorgen um eine zu erwartende Rente in Spannung gehalten. Da bleibt dann eben die traumatische Neurose aus.

Ich nehme an, daß wohl noch in mehreren deutschen Irrenanstalten Reservelazarette eingerichtet sind. Wäre es da nicht vielleicht eine lohnende Aufgabe, wenn in den Reservelazaretten der Irrenanstalten und anderer Krankenhäuser, in denen neurologisch und psychiatrisch geschulte Ärzte tätig sind (eventuell auch in österreichischen Lazaretten), die Erfahrungen bezüglich des Eintretens einer traumatischen Neurose nach Verletzungen im Kriege gesammelt und zusammengebracht würden?

Würde sich dann dabei herausstellen — was ich annehmen möchte, —, daß nach Kriegsverletzungen traumatische Neurose kaum oder doch unverhältnismäßig selten auftritt, so würde das doch immerhin unser klinisches Urteil noch etwas befestigen und womöglich doch noch einmal zur Anwendung anderer Praktiken in der Behandlung (nicht der ärztlichen) der Unfallkranken führen.

Wir müssen in unserer Anstalt außer für die neunzig Verwundeten noch dreißig Plätze für im Kriege geistig erkrankte Soldaten freihalten. In einen dieser Plätze wurde kürzlich ein russischer Soldat aufgenommen mit einem Querschuß durch das Stirnhirn (Ein- und Ausschuß in den vorderen Teilen der beiden Schläfengruben) und einem Streifschuß, der im Stirnbein eine tiefe Knochenfurche zurückließ. Bei diesem Verletzten stellten sich schwere psychische Symptome, wie Schwerbesinnlichkeit, Ratlosigkeit, Bettnässen ein. Kopfverletzungen, die solch schwere Erscheinungen einer akuten ausgesprochenen geistigen Störung nach sich ziehen, wären natürlich in der hier angeregten Aufstellung nicht zu buchen.

Anstaltsnachrichten.

— **Provinzialheilanstalt Münster i. W.** Zum Militär einberufen: Direktor Dr. Kleffner als Stabsarzt, Assistenzarzt Dr. Jacobi als Unterarzt. — Zur Verfügung hat sich gestellt den Militärlazaretten zu Münster als Psychiater Abteilungsarzt Dr. Lachmund. — Bestand der Kranken am 1. Dezember: 623. — In die hiesige Anstalt wurden bis zum 1. Dezember an geisteskranken Soldaten eingeliefert: 40.

— **Heil- und Pflegeanstalt Alzey, Hessen.** Krankenbestand: 471. Normaler Ärztestand: 1 Direktor, 2 Oberärzte, 2 Assistenzärzte. — Im Felde: Oberarzt Dr. Schmeel, Assistenzarzt Dr. Sattler; Assistenzarzt Dr. Schlüter verließ nach vorheriger Vereinbarung zu Beginn des Krieges die Anstalt In der Anstalt Direktor Medizinalrat Dr. Dietz, Oberarzt Dr. Rumpen, im November eingetreten cand. med. Sander. — Vereinslazarett vom Roten Kreuz für 100 Betten eingerichtet. Belegung am 16. November mit 79 kranken und verwundeten Soldaten. — Seit Kriegsbeginn wurden 5 Soldaten wegen Geisteskrankheit aufgenommen (1 Katatonie, 1 chronischer Alkoholismus, 2 Dementia praecox, 1 psychogene Störung), die aber noch nicht im Felde waren.

— **Provinzialheilanstalt Aplerbeck.** Zum Militärdienst freiwillig gestellt, obwohl nicht dienstpflichtig, haben sich Oberarzt Dr. Pohlmann und



Abteilungsarzt Dr. Draeck. Beide stehen im Felde. — Zurückgeblieben sind Anstaltsdirektor Sanitätsrat Dr. Backenköhler, Oberarzt Dr. Muermann und Abteilungsarzt Griese. — Der Krankenbestand betrug am 1. Dezember 672. — Von Einrichtung eines Reserve-Lazaretts für Verwundete mußte auf Wunsch des Herrn Landeshauptmanns Abstand genommen werden, weil die neue Anstalt in Gütersloh noch nicht mit Kranken belegt werden soll und darum alle anderen Anstalten jeden Platz für Aufnahmen verfügbar halten müssen. — Geisteskranke Krieger wurden bis jetzt 4 aufgenommen.

— **Bezirksheilanstalt Stephansfeld.** Zum Heeresdienst eingezogen: 2 Ärzte, 2 Praktikanten. — Im Anstaltsdienst zurückgeblieben außer dem Direktor: 2 Ärzte. — Krankenbestand: 1000. — Aus der Straßburger Nervenklinik mußten zu Kriegsbeginn 80 Kranke übernommen werden. Bisher sind etwa 12 geisteskranke Heeresangehörige verpflegt worden. — 90 Betten sind für Verwundete eingerichtet und dem Reservelazarett Brumath angegliedert. — Im August Aufnahme zahlreicher „Kriegspsychosen" aus der Zivilbevölkerung, besonders der weiblichen.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg.** Zum Militärdienst einberufen bei der Mobilmachung: Oberarzt Dr. Titius als Stabsarzt im Felde beim Reserve-Infanterie-Regiment 3, hat das Eiserne Kreuz (am schwarzen Bande) erhalten; Anstaltsarzt Dr. Berg als Unterarzt beim Ersatz-Bataillon Jäger zu Pferde X; Anstaltsarzt Dr. Jonas als Unterarzt beim Reservelazarett Insterburg; Anstaltsarzt Dr. George als Feldarzt beim Kriegslazarett 6. Landwehrkorps; Anstaltsarzt Dr. Hauptmann als Lazarettarzt Berlin; Volontärarzt Dr. Fiehn vom Dragoner-Regiment 10 vom Kommando abgelöst und zur Truppe zurück; Medizinal-Praktikant Homfeld als Feldunterarzt. — Zurückgeblieben: San.-Rat Dubbers und Oberarzt Krebs. Seit Ende September Dr. Nieszytka aus Tapiau zur Hilfeleistung. — Krankenbestand: 1031, haushaltplanmäßige Belegungszahl 960. — Aufnahmen seit der Mobilmachung 192 gegen 273 im ganzen Jahr 1913. Darunter 18 Soldaten und 82 zum Teil schwerverwundete Kranke der Anstalt Tapiau. Todesfälle 62 seit der Mobilmachung gegen 78 im ganzen Jahr 1913. — Vom 26. August bis 10. September war Wehlau durch die Russen besetzt, die täglich die Anstalt nach Spionen und deutschen Soldaten durchsuchten. Aus Furcht, es würden durch die Art des Rauches Signale an unsere Truppen in Tapiau gegeben, wurde uns am 28. August das Anheizen der Kessel verboten, so daß die Anstalt 14 Tage ohne Dampf und Warmwasser und ohne Backofen war. Der zweimalige Versuch, das Brot im Nachbardorf durch unsere Kräfte herstellen zu lassen, scheiterte, weil das beim ersten erbackene Brot durch die Russen, beim zweiten durch die Flüchtlinge weggenommen wurde. Vom 30. August ab durfte nach Dunkelwerden in der Anstalt und den Anstaltsräumen kein Licht mehr gebrannt werden. — Während der Besetzung durch die Russen wurde ärztliche Hilfe in der Anstalt durch Russen und Flüchtlinge in reichlichem Maße in Anspruch genommen. Die Behandlung der Russen unter Assistenz von zwei Posten mit geladenem Gewehr und aufgepflanztem Seitengewehr gestaltete sich etwas eigenartig, besonders bei der meist fehlenden sprachlichen Verständigungsmöglichkeit.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Kortau** bei Allenstein. Der hiesige Anstaltsarzt Dr. Squar, welcher seit Kriegsbeginn als Bataillonsarzt zum Infanterie-Regiment Nr. 150 eingezogen ist, wurde mit dem Eisernen Kreuz II. Klasse ausgezeichnet.

— **Provinzialheilanstalt Warstein.** Abteilungsarzt Dr. Paasche, zurzeit Assistenzarzt d. R. in einem Trainbataillon, erhielt das Eiserne Kreuz II. Klasse.

— **Heidelberg.** Dem ordentlichen Honorarprofessor und Leiter der Nervenabteilung und Nervenambulanz an der medizinischen Klinik, Dr. Johann Hoffmann, ist die etatsmäßige außerordentliche Professur für Neuropathologie übertragen worden. — Der Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Erb feierte am 27. Oktober sein goldenes Doktorjubiläum.

— **Bonn.** Am 26. Oktober starb Medizinalrat Prof. Dr. Robert Thomsen, Privatdozent für Psychiatrie und Leiter der Dr. Hertzschen Privat-Heil- und Pflegeanstalt, Mitglied des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz, im Alter von 56 Jahren.

Buchbesprechungen.

— Lißmann, Dr. P., Nervenarzt in München: Geburtenrückgang und männliche sexuelle Impotenz. 37 S. Würzburg 1914, Verlag Kabitzsch. 1,50 M.

Verfasser bezeichnet die beabsichtigte Geburteneinschränkung in der Ehe als Grundursache des Geburtenrückganges. Mit Recht hat er sich die früher schon von Kurt Goldstein in seiner Rassenhygiene geäußerte Meinung teilweise zu eigen gemacht, daß die Aufwärtsentwicklung des weiblichen Geschlechts leicht zur Sterilität führen kann. Sodann bespricht Verf. die sexuelle Impotenz des Mannes in bezug auf den Geburtenrückgang und erwähnt eine von ihm ausgegangene Rundfrage an ältere Kollegen, nach der keine Zunahme nervöser Geschlechtsstörungen in den letzten Jahren zu bestehen scheint. Als Grund neurosexueller Erkrankungen fand sich neben Masturbation, Überanstrengung usw. vor allem der Coitus interruptus angegeben, ferner fanden sexuelle Abstinenz und vor allem sexuelle Aufklärungsliteratur als Ursache Erwähnung. Immerhin sind all diese Faktoren nicht als ursächliches Moment für den Geburtenrückgang zu betrachten.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Hirschfeld, Dr. med. Magnus: Die Homosexualität des Mannes und Weibes. Berlin 1914, Verlag Markus.

Ein breit angelegtes, ca. 1000 Seiten umfassendes Werk, bei dem nicht nur eine eminent große, ca. 10 000 Urninge und Urninden umfassende persönliche Kenntnis auffällt, sondern auch eine außerordentliche Belesenheit

und Erfahrung über alle Völker der Welt in puncto Homosexualität. — Als angeboren wird der homosexuelle Zustand angesehen und für Deutschland und Holland mit 2,2%, für die russischen Ostseeprovinzen dagegen mit etwa 10% veranschlagt. Es dürfte kaum eine hierhergehörige Frage geben, deren Verfasser in seinem Buche nicht Erwähnung getan hätte, und daher eignet es sich zum mindesten sehr gut als Nachschlagewerk. — Eine Reihe von Krankengeschichten sind zur Illustration des Textes beigegeben; daß Verf. für Aufhebung des § 175 StGB. energisch eintritt, war zu erwarten. Kürbitz-Sonnenstein.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

An den **Kückenmühler Anstalten in Stettin** (Evang. Heil- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige, Epileptische u. Psychopathen, zurzeit an 1200 Kranke) ist die

Stelle eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin

sofort zu besetzen, ev. auch durch einen älteren Kandidaten der Medizin. Gehalt 1800—2400 M und freie Station je nach Vorbildung. Meldungen nebst Zeugnisabschriften an den **Chefarzt Dr. Schnitzer.**

Weitere Stellengesuche siehe folgende Seite.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEILANSTALT PÜTZCHEN

TELEFON AMT BONN 229 — gegenüber **BONN** am Rhein — 229 TELEFON AMT BONN



FÜR

NERVEN- UND GEMÜTS- KRANKE

DER GEBILDETEN STÄNDE

Bes.-u. Dirig.-Arzt: Dr. A. PEIPERS

HOHENEGG in Meilen a. Zürichsee

Privatanstalt f. Gemüts- u. Nervenkranke

Schöne, ruhige Lage auf aussichtsreichem Hochplateau, ½ Stunde oberhalb des Dorfes Meilen. — Drei modern eingerichtete Krankenpavillons. Behandlung von Psychosen und Neurosen in allen Stadien. — Ärzte: Dr. **Escher** und Dr. **Müller**. Illustrierter Prospekt

---

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Sanitätsrat Dr. von der Helm und 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Sanitätsrat **Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.**

Dr. Landerer'sche Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke

Christophsbad Göppingen

Anmutige Lage, inmitten alter Gärten. Altberühmter Sauerbrunnen.

4 Ärzte. Mäßige Preise. Illustrierte Prospekte durch die Direktion.

Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer.

Stellengesuche.

Für möglichst bald wird ein

Assistenzarzt oder -Aerztin

gesucht gegen freie Station u. 2200 M. Verpflichtung auf 1 Jahr. Im zweiten Jahr 2400, im dritten Jahr 2600 M. Vergütung. **Großh. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gießen.**

Gesucht

Assist.-Stelle

psychiatr., dauernd

Hannover I, postl. **M.W.19.**

***Kaufen Sie** in erster Linie bei den Inserenten unseres Blattes.*

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 39/40. 2. Januar **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Zur Erkenntnis abwegiger und krankhafter Geisteszustände bei Schulrekruten.

Eine Vorlesung vor der Hauptversammlung des Lippischen Lehrervereins

von Dr. **W. Alter,**
Medizinalrat und Direktor der Fürstlich Lippischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus.

(Schluß.)

Diese Gruppe, die sich aus einfacher nervöser Reizbarkeit, aus ererbter nervöser Schwäche, aus schlechter Veranlagung durch Entartung, aus hysterischen und epileptischen Zuständen — kurz aus allen möglichen Anlässen zur seelischen Mißbildung rekrutieren kann: diese große Gruppe kennzeichnet sich überall und ausnahmslos durch eine grundsätzliche Disharmonie der geistigen Entwicklung, durch ein nicht immer offenkundiges, aber stets nachweisbares Wechselwesen aus Vorreife und Rückständigkeit, aus einer ungleichmäßigen Übertreibung und Herabsetzung von bestimmten Charakterzügen, die wir in jedem gesunden Kinde angedeutet finden.

Und wie ein erster und sichtbarster Ausdruck dieses Wechselwesens präsentiert sich bei solchen Kindern das Verhalten der Regsamkeit. In zwei Richtungen. Einmal in einer ganz frappanten Launenhaftigkeit: die Regsamkeit bleibt da immer wählerisch und muß schon durch dieses, den normalen Schulrekruten fremde elektive Verhalten auffallen. Vieles, was alle anderen Kinder lebhaft interessiert, läßt sie ganz gleichgültig, irgendein Sondergebiet, manches, was andere kaum berührt, erweckt und steigert sie zu den höchsten Leistungen. Aber diese höchsten Leistungen — und darin liegt die zweite Störung der Regsamkeit — erscheinen eben nur dem flüchtigen Zusehen ungestört oder gar besonders glänzend und schlagfertig: jede genauere Prüfung, jede längere Inanspruchnahme erweist sie als eitel Schein und Strohfeuer. Das kommt daher, daß die Aufmerksamkeit, die die Führerin jeder geistigen Regsamkeit darstellt, bei diesen Kindern nur in ihrer ersten Hälfte, in der Weckbarkeit gegeben ist: dagegen fehlt ihnen das, was die Aufmerksamkeit erst wirksam und nützlich macht, was zum Aufmerken und aufmerksamen Denken führt: die Haftbarkeit. Deshalb sind alle diese Kinder innerlich unstet, innerlich zerfahren und mehr oder weniger unfähig, sich zu sammeln und zu fixieren. Auch diese Eigentümlichkeit wird oft schon auf den ersten Blick im äußeren Verhalten bemerkbar: auch da fehlt alles Ausgeglichene. Vorlaute Aufdringlichkeit wechselt mit ängstlicher Scheu und Schreckhaftigkeit, im Gesicht und an den Gliedern, im Mienenspiel und in der Haltung besteht nicht selten eine Unruhe, die bald unwillkürlich als Zucken und Zittern erscheint, bald zu allerlei Bewegungen, Manieren und Angewohnheiten drängt. Das sind die Kinder, die sich ewig kratzen und reiben, die an den Nägeln kauen, mit der Zunge spielen und allerlei solche Unart treiben. In hohen Graden kann dieses Verhalten dazu führen, daß solche Kinder mit bestimmten Formen von schwerer Geistesschwäche verwechselt werden: auch da besteht eine fortwährende oder doch im Verhalten überwiegende Bewegungsunruhe. Aber bei diesen Blödsinnigen trägt die Bewegungsunruhe auch dann, wenn sie in den Formen abwechslungsreich erscheint, immer



das Gepräge des Eintönigen, Starren und Mechanischen; sie drängt immer den Eindruck einer sinnlosen stereotypen Formwiederholung auf, während bei den minderwertigen Kindern auch in der Bewegungsunruhe immer jenes Fahrige, Flattrige und Ungleichmäßige vorwiegt, das ihr ganzes Wesen beherrscht.

Schon dieses unstete und ungleichmäßige Wesen wird oft zur Ungezogenheit verkannt: noch häufiger widerfährt ein solches Fehlurteil — mit besonders schädlichen Folgen für die pädagogische Einwirkung — dem seltsamen und, wie ich schon sagte, ganz außerordentlich wichtigen und charakteristischen Gefühlsleben solcher Kinder.

Diesem Gefühlsleben ist nicht nur in seinem Einfluß auf die Regsamkeit, sondern auch in jeder anderen Äußerung das unselige Merkmal grundsätzlicher Ungleichartigkeit aufgeprägt. Schon bei gesunden Kindern ist ja die Stimmungslage sehr viel labiler als beim normalen Erwachsenen: das Kind ist immer ein Spielball seiner Gefühle und auch manchmal nicht hinlänglich begründeten Schwankungen und Umschlägen der Stimmungslage unterworfen. Launenhaftigkeit ist deshalb noch kein krankhafter Wesenszug: sie wird aber krankhaft, wenn die unbegründeten und nicht nachfühlbaren Verstimmungen überwiegen und die Änderungen und Ausschläge der Stimmung ganz jäh, explosiv und zu den äußersten Graden erfolgen. Noch bedeutsamer sind dauernde Verlagerungen der Stimmungslage in Form anhaltender Verstimmungen ohne zureichenden Grund und vor allem die eigentlichen Mängel der Affektivität, die Minderwertigkeit in der Qualität der Gefühle.

Allen Kindern dieser Gruppe fehlt trotz der quantitativen Ergiebigkeit ihrer Verstimmungen die qualitative Feinheit des gesunden kindlichen Stimmungslebens, sein Reichtum, seine Mannigfaltigkeit und seine Abstufbarkeit. Diese Erscheinung offenbart sich sehr oft schon ganz kennzeichnend in der schiefen, unrichtigen und unzulänglichen Einschätzung und Bewertung, mit der solche Kinder an ihre persönliche Umgebung und besonders an eine neue persönliche Umgebung herantreten: die Kinder vermögen da in der Regel gemütlich nicht richtig zu distanzieren. Und ebenso charakteristisch erscheint dieser Zug im Bereich der auf das Selbst, auf das eigene Ich bezüglichen Gefühle. Auch da mangelt die Fähigkeit, abzustufen und Abstand zu nehmen: in der Regel zu dem Erfolg, daß ein gesteigertes Selbstgefühl mit Selbstgefälligkeit und Selbstzufriedenheit als Empfindlichkeit und Eitelkeit hervortritt — was den unorientierten Erzieher wieder leicht veranlaßt, eine besonders arge Ungezogenheit anzunehmen und zu bestrafen. Aber auch hier berühren sich die Extreme: denn die scheinbar ganz artigen Schulrekruten, die Stillesitzer, die ohne jedes Anzeichen von Ungeduld und ohne jede Betätigung die längste Zeit in größter Gleichmütigkeit verharren, sind auch immer abnormer Geistesart verdächtig: Gleichgültigkeit gegen neue Eindrücke ist eine Eigenschaft, die in gesunden Grenzen erst später erworben wird und dem schulreifen Kinde grundsätzlich abgeht. Sie ist deshalb immer als ein Hinweis auf die Möglichkeit eines ungewöhnlichen Geisteszustandes zu bewerten und am meisten in der ersten Schulzeit. Es kommt da gar nicht selten vor, daß geistig minderwertige Kinder durch das neue Erlebnis der Schule zu einer eigentümlichen seelischen Abschließung veranlaßt werden, die oft nur den Eindruck solcher Gleichgültigkeit erweckt, manchmal aber auch so weit geht, daß sie den Stumpfsinn blödsinniger Kinder vortäuscht oder — und das noch häufiger — als starrköpfiger Trotz erscheint. Diese Auffassung wird dann nicht selten dadurch gefördert, daß sich solche Zustände scheinbar argen Eigensinns gelegentlich und plötzlich in Ausbrüche von heftiger, ja maßloser Erregung entladen können. Ein solches Verhalten ist ausnahmslos ein Anzeichen einer sehr erheblichen Seelenstörung, die wie jede andere geistige Entgleisung aus Erkenntnis und mit Verständnis behandelt werden muß, wenn sie sich nicht nachhaltig vertiefen und zu einer unüberwindlichen Opposition gegen jede pädagogische Einwirkung, das heißt zu einer Gefahr für das ganze Leben entwickeln soll.

Gerade das macht ja überhaupt die Bedeutung der Affektivität in der kindlichen Minderwertigkeit so sehr groß: wer sie nicht beachtet oder unterschätzt, kann nie die rechte Anschauung und deshalb auch nicht den richtigen Weg zu solchen kränklichen und oft gerade in der Verkennung seelische Not leidenden Kinderseelen finden: alle Möglichkeiten der Heilerziehung beruhen auf einer genauen Erkenntnis und einer sicheren Beherrschung des krankhaften Gefühlslebens der Kinder, an denen sie wirken soll.

Auch aus diesem Grunde muß die Rücksicht auf das kindliche Gefühlsleben immer in den Vordergrund gestellt werden — wenn man daneben auch — besonders zu den praktischen Zwecken der Schule — die intellektuellen Störungen nicht übersehen oder vernachlässigen darf.

Meine Herren: eine eingehende und genaue Prüfung dieser intellektuellen Störungen verlangt grundsätzlich die Anwendung bestimmter psychologischer Untersuchungsformen. Viele dieser Prüfungen sind so einfach, daß sie jeder Gebildete anzuwenden und auszuwerten vermag: für die prak-

tische Arbeit, die Ihnen obliegt, sind sie aber durchweg zu zeitraubend, wenn sie nicht im Rahmen der Schularbeit selbst erledigt werden können. Auch das ist für manche wertvolle Erprobungen, auch für solche aus dem Rahmen des Binetschen Schema, durchführbar und angängig: der Anschauungsunterricht und die Schreibstunde gewährleisten da Möglichkeiten, die sehr nützliche Ergebnisse erzielen lassen. Aber diese Erprobungen kommen naturgemäß für die Zwecke, die meine Ausführungen in erster Linie betreffen wollen, in der Regel zu spät: auch da gibt es jedoch wieder einige Hilfsmittel, die ohne große Umstände gleich bei der ersten Bekanntschaft eine in weiten Grenzen verläßliche Beurteilung ermöglichen.

Zunächst gibt es auch hier ein einfaches äußeres Merkmal, das dem Geübten vielfach schon auf den ersten Blick einen fein unterscheidenden Einblick gestattet: es ist das das Verhalten der sogenannten Denkfurchen auf der Stirn. Jeder normale Schulrekrut zeigt zum mindesten eine Andeutung dieser Furchen. Bei den hochgradig schwachsinnigen Kindern sind sie entweder zur Grimasse erstarrt oder — und das ist die Regel — überhaupt nicht vorhanden. Bei der großen Gruppe der minderwertigen Kinder, die uns hauptsächlich interessiert, sind sie dagegen in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle sehr erheblich, aber immer deutlich vertieft. Meine Herren, dieses Kennzeichen ist so klar, daß ich seine Beachtung, zu der freilich Übung gehört, dringend empfehlen kann. Es ist aber nicht nur bedeutsam, sondern auch bedeutungsvoll: denn es verrät beim Blödsinnigen das Fehlen des Denkens und beim geistig Minderwertigen die kennzeichnende Eigenart der intellektuellen Leistungen: die Erschwerung der Denktätigkeit, die diesen Kindern aus drei wesentlichen Mängeln erwächst: aus einer ungewöhnlichen Armut an Vorstellungen, aus einer mehr oder weniger starken Herabsetzung der Fähigkeit zur Vorstellungsverknüpfung und aus dem Unzureichen zur Urteilsbildung.

Meine Herren, ich will Sie zur Würdigung dieser Erscheinungen nicht in die Weite einer psychologischen Erörterung führen. Ich will mich auch da nur auf das praktisch Wesentliche beschränken.

Die Armut an Vorstellungen offenbart Ihnen bei solchen Kindern jede Prüfung des Gedächtnisses. Sie wissen, daß das Gedächtnis sonst gerade bei Kindern seine Glanzleistungen entfaltet, und zwar — was für unsere Zwecke besonders wichtig ist — auch in der großen Gleichmäßigkeit, mit der es die von allen Sinnen vermittelten Eindrücke aufnimmt und aufbewahrt: das gesunde Kindergedächtnis enthält nicht nur alles Wesentliche des bisherigen Lebenskreises, sondern es ist auch im Festhalten verschiedener Eindrücke und Vorstellungsgruppen ganz unparteiisch verfahren. Das minderwertige Kind zeigt auch auf diesem Gebiet die charakteristische Note des Unausgeglichenen. Es hat in der Regel nicht ein aus allen Sinnesgebieten gleichmäßig zusammengesetztes Gedächtnis, sondern es überwiegen bei ihm — zumeist sehr deutlich — die Erfahrungen aus einem bestimmten Sinnesgebiet: entweder die optischen Erinnerungen oder die Erlebnisse, die das Gehör eingeprägt hat, oder schließlich die Erfahrungen aus Gefühl und Bewegung. Diese Erscheinung, die freilich erst in genauer Prüfung deutlich hervortritt, wird dem geschulten Beobachter meist auch aus dem gewönhnlichen Verkehr merkbar und bedeutsam. Wer sie nicht nutzbar zu machen versteht, kann zu derselben Erkenntnis einer abwegigen Gedächtnisbildung auch aus anderen einfachen Prüfungen gelangen. Einmal kann zu diesem Zweck die Fähigkeit zur Farbenbenennung geprüft und verwendet werden: auch da offenbart das minderwertige Gedächtnis fast immer beträchtliche Mängel. Noch charakteristischer ist eine Untersuchung aus der Fragestellung, ob die Kinder in dem Alter, in dem sie zur Schule kommen, nahverwandte Eindrücke in getrennten Bezeichnungen auseinanderhalten. Es ist sehr häufig, daß Kinder mit schlechter Gedächtnisbildung verschiedene Gegenstände ähnlichen oder gleichen Zweckes, wie Bank, Stuhl, Sessel, Sofa, mit einem Ausdruck bezeichnen: es beweist dann unmittelbar den von meinen Ausführungen bevorzugten leichteren Grad geistiger Minderwertigkeit, wenn sie trotzdem die ihnen richtig benannten Gegenstände richtig anerkennen.

Diese Erscheinungen bedeuten natürlich nicht nur Mängel des Gedächtnisses, sondern auch schon ein Anzeichen jener Schwäche der Vorstellungsverknüpfung, die den zweiten großen intellektuellen Mangel geistig minderwertiger Kinder darstellt. Diese Eigentümlichkeit, die sehr wichtig ist, läßt sich mit dem vielen von Ihnen bekannten Assoziationsversuch auch in der Schule leicht prüfen: sie ergibt da dieselben Anzeichen, die ihnen Kinder, die als denkfaul gelten, so oft in Ihrer Alltagsarbeit aufdrängen: große Pausen zwischen Frage und Antwort, die das langsame Werden der Vorstellungen anzeigen; das geistige Wiederkauen aus einem durch seelische Unbehilflichkeit bedingten Klebenkleiben an den einmal geformten Vorstellungen und schließlich Leistungen, die entweder die ärmlichsten, naheliegendsten und trivialsten Lösungen bedeuten oder aus offensichtlicher Gleichgültigkeit gegen die Frage abschweifen und



danebenhauen. Im eigentlichen Assoziationsversuch tritt dazu noch die Neigung, sinnverwandte, aber nicht gebräuchliche Reaktionsworte zu bilden und die Klangwirkung des Reizwortes seiner Begriffswirkung vorzuziehen: das ist gleichzeitig ein Beweis für die auch sonst leicht feststellbare Schwäche der Begriffe, die bei solchen Kindern besteht. Oft arbeiten sie ganz geläufig mit Worten, zu denen ihnen jeder Begriff fehlt; es ist manchmal geradezu verblüffend, wie dann so ein Kind ein Objekt, dessen Bezeichnung es glatt gebraucht, gar nicht erkennt, wenn man es ihm zeigt oder in den wesentlichen Einzelheiten beschreibt. Diese Erscheinung, deren Auftreten in höheren Graden oder für alltägliche Gebrauchsgegenstände immer schwere Geistesschwäche anzeigt, bedeutet nebenbei in jedem Falle den Ausdruck jenes dritten intellektuellen Gebrechens, das ich oben erwähnt habe: des Ungenügens zur Urteilsbildung. Denn eine Urteilsbildung ist ja unter normalen Verhältnissen zur Herstellung des Begriffs aus der Wahrnehmung unerläßlich und notwendig.

Diese Unzulänglichkeit der Urteilsbildung ist bei den minderwertigen Kindern aber nicht nur wegen der damit unvermeidlichen intellektuellen Einbuße belangreich, sondern auch wegen der tiefgreifenden Folgen, die sich aus ihr für das allgemeine Verhalten und das ganze Wesen solcher Kinder — sehr zu ihrem Schaden — ergeben. Das gesunde Kind lernt die Begriffe des Guten und Schlechten, des Rechten und Unrechten, kurz das Auswerten des Moralischen ja ganz ausschließlich aus Urteilsbildungen, die ihm durch die Erziehung nahegelegt oder aufgezwungen werden. Das minderwertige Kind muß also grundsätzlich — weil es zu solchen Urteilsbildungen nur in beschränktem Maße imstande ist — auch in der Ausbildung dieser Bewertungen minderwertig bleiben: das heißt es muß dauernd oder doch unverhältnismäßig lange unmoralisch oder sittlich verkrüppelt erscheinen. Es ist auch da — und gerade da — sein Schicksal, verkannt zu werden und Strafe zu erleiden, wo es Mitleid und Erbarmen braucht: auch diese Wesenszüge der minderwertigen Kinder darf man eben nicht moralisierend betrachten; sie müssen unbedingt und ganz klar als Anzeichen krankhafter Eigenart gewürdigt und verstanden werden, wenn sie nicht nur äußerlich, sondern auch in ihren seelischen Voraussetzungen und nachhaltig gebessert werden sollen.

Zu diesen Zügen gehört in erster Linie die ganz außerordentlich große und scheinbar unausrottbare Neigung zur Lüge, die so oft bei diesen Kindern besteht. Sie bedeutet an sich nichts anderes, als eine der oben betonten Übertreibungen normaler Kinderart: auch das normale Kind vermag zur Zeit der Schulreife die Wahrheit noch nicht zu begreifen, weil die Ausgestaltung seiner Bewußtseinsleistungen ihm nur eine sehr mangelhafte Reproduktionstreue gewährleistet und diese Mangelhaftigkeit noch durch überwertige Affekte und durch eine zügellose Phantasie unterstreicht. Aber das gesunde Kind lügt doch nur, wenn es üble Erfahrungen vermeiden will oder im Banne phantastischen Erlebens steht, also im wesentlichen in passiver Form. Das geistig minderwertige Kind lügt dagegen auch aktiv: das heißt auch da, wo es sich durch die Lüge weder Unliebsames erspart, noch von phantastischen Vorstellungen durch Entäußerung befreit; es lügt nicht allein aus Mangel an Reproduktionstreue, sondern aus Unfähigkeit, die Wahrheit zu sagen: weil seine schwächeren Fähigkeiten ihm den Wert der Wirklichkeit, die Realität der Dinge und der Erlebnisse belanglos und unerheblich erscheinen lassen. Gerade deshalb wird das geistig minderwertige Kind oft besonders streng getadelt und gestraft: auch da ist eine verständnisvolle Heilpädagogik angebrachter und wirkungsvoller. Noch weit mehr gilt das von einer anderen Eigenart, die leider immer zu der Annahme einer besonderen Lasterhaftigkeit verkannt wird: von dem frühzeitigen Auftreten sexueller Regungen. Ein solches vorreifes Geltendwerden geschlechtlicher Empfindungen bedeutet immer und ganz ausnahmslos ein vollwertiges Anzeichen einer ungesunden und abwegigen Veranlagung — auch da, wo es scheinbar durch den schlechten Einfluß von sittlich verwahrlosten Erwachsenen oder Halbwüchsigen herausgesetzt wird.

Ebenso grundsätzlich psychopathisch, also krankhaft bedingt ist ein anderer Zug, der bisweilen gerade in der allerersten Schulzeit zum ersten Mal hervortritt: die Neigung mancher solcher Kinder zu einem planlosen und ziellosen Fortlaufen — gleichviel, ob einer solchen Flucht eine mehr oder weniger nachfühlbare Verstimmung vorausgegangen ist oder ob sie aus heiterem Himmel erfolgt. Zustände der letzteren Art, plötzliche geistige und gemütliche Schwankungen aus einem Zustand von scheinbar ausgeglichener Seelenruhe und Behaglichkeit bedeuten überhaupt bei jungen Kindern stets Alarmsignale seelischer Mißstände: erst in den Entwicklungsjahren wird eine jähe Sprunghaftigkeit der Strebungen physiologisch und belanglos. Ein eben solches Anzeichen von disharmonischer Entwicklung und ungesunder Vorreife ist bei Schulrekruten das Auftreten von Überschwänglichkeiten in Gefühlen und Affekten für irgendwelche — selbst für die nächststehenden — Personen der Umgebung. Bei gesunden Kindern

steht in den Jahren, die die Schulzeit eröffnen, das Ich mit naiver Selbstverständlichkeit im Zentrum des Lebens: deshalb ist kein gesundes Kind geneigt, einen anderen zu bewundern, zu verehren oder überschwänglich zu lieben. Kinder, die schon in der ersten Schulzeit schwärmerische Neigungen zeigen, sind abnorme Persönlichkeiten: der Egoismus ist eben die normale Eigenschaft des Kindes.

Aber er trägt da in der rechten Art doch auch immer einen sehr deutlichen kommunistischen Einschlag: gesunde Kinder sind im Guten und im Bösen keine Eigenbrödler — diese fragwürdige Note deutschen Wesens entwickelt sich erst später —, sondern sie sind immer bereit und immer bestrebt, in Herdengleichheit und als Masse zu empfinden, zu leiden und zu kämpfen. Kinder, die dem entgegen ohne kameradschaftliche Instinkte als Einspänner abgeschlossen und für sich bleiben, sind Abnormitäten: eine eingehende Beachtung wird an ihnen immer noch andere Züge abwegiger Geistesart herauszusetzen vermögen. Später werden solche Kinder dann manchmal nicht nur rege Teilhaber, sondern geradezu Führer der Schülergemeinschaft: oft Führer zu allem Schlechten und gefährliche Gegner der Lehrer. Sie bleiben auch da meist innerlich allen anderen fremd und vereinzelt: sie schließen sich nur an, weil eine frühzeitig geltend werdende und in ihrem Wesen tief begründete Neigung zum Gegensätzlichen und Quertreiberischen rücksichtslos nach Betätigung drängt. Das ist dann schon ein offenkundiger ethischer Defekt — während die frühzeitig auftretende Neigung zu Diebstählen, die viele minderwertige Kinder auszeichnet, nur eine ebensolche einseitige Übertreibung einer normalen Kindeseigenschaft darstellt, wie der Hang zum Lügen und Betrügen — und die Neigung zur Grausamkeit, die als krankhaft bald durch das Fehlen jeder vorstellungsmäßigen Begründung, bald durch die Entstehung aus frühzeitigen Sexualverkuppelungen gekennzeichnet wird. Denn auch das normale und gesunde Kind besitzt gegenüber seinen Trieben und Gelüsten keinen Respekt vor fremdem Eigentum und vor fremden Leiden. Das Kind lernt eben nicht durch ein selbständiges inneres Gefühl sittlich zu handeln, sondern nur durch Nachahmung und aus der frühzeitig auftretenden Fähigkeit, Angenehmes zu schätzen und Unangenehmes zu verabscheuen. Ethik und Moral sind abstrakte Begriffe: und Abstraktionen vermag auch das bestveranlagte Kind erst am Anfang der Pubertät zu erfassen. Bis dahin versteht es nur aus dem Wert der Belohnungen und dem negativen Wert der Strafen zu urteilen: alle Hemmungen und Förderungen der Erziehung können daher nur durch diese psychologischen Mechanismen erreicht werden.

Diese Mechanismen sind bei dem krankhaft und abwegig veranlagten Kinde durch die vorhin besprochene Urteilsschwäche beschränkt: das erklärt die moralischen Mängel dieser Kinder. Aber diese Beschränkung repräsentiert immer nur eine Beeinträchtigung und keine Ausschaltung der Voraussetzungen zur Erziehbarkeit, die von jenen Mechanismen repräsentiert werden. Das bedeutet den letzten und wichtigsten Unterschied, der diese Kinder von den blödsinnigen Kindern trennt: im Blödsinn sind jene Mechanismen grundsätzlich nicht in einer solchen Gangbarkeit gegeben, daß sie praktisch nutzbar gemacht werden können. Deshalb sind Blödsinnige nie einer Erziehung, sondern immer nur einer beschränkten Dressur zugänglich, die schon wegen ihrer ganz besonderen Ansprüche ausschließlich in Blödenanstalten getrieben werden sollte: auch deshalb, weil sie überall schadet, wo sie nicht unbedingt notwendig ist.

Dagegen ist jene große Gruppe von im weitesten Sinne schwachsinnigen Kindern, die ich Ihnen in einigen Arten und Zügen zu kennzeichnen gesucht habe, nach jener ausschlaggebenden seelischen Beschaffenheit immer schulfähig und unter Umständen sogar zu großen Erfolgen erziehbar — wenn ihre Eigenart richtig erkannt, gewürdigt und bewertet wird.

Das Werden einer solchen richtigen Erkenntnis derartiger Zustände wird immer in weiten Grenzen eine Leistung der Normalschule bleiben müssen: nur wenn Sie alle, meine Herren, auch auf diesem Gebiet das rege Interesse und das gewissenhafte Pflichtgefühl, das Ihr Stand allen Fragen der Volksgesundheit entgegenbringt, zur Erfahrung anleiten und zur Wirksamkeit anwenden, kann diesen geistig minderwertigen Kindern, die auch in unserem Lande eine große und heut noch zumeist verkannte Gruppe bilden, das Recht einer verständnisvollen Würdigung zuteil werden.

Eine solche verständnisvolle Würdigung kann dann schon in der Normalschule sehr viel Gutes leisten: sie sichert den abnormen Kindern das Aufmerken des Lehrers und die zu ihrem Zustand rücksichtsvolle Bemessung der Ansprüche; sie schützt vor falscher Beurteilung und unrichtiger Behandlung. Aber sie schützt auch den Lehrer selbst gegen den Einfluß der Erregungen, die viele solcher Kinder jedem unorientierten Pädagogen bereiten können — und die oft zu üblen Folgen führen, weil gerade die geistig Minderwertigen schärfere erziehliche Einwirkungen nicht selten durch ganz maßlose körperliche und geistige Reaktionen diskreditieren. Die Mehrzahl der Klagen



wegen Überschreitung des Züchtigungsrechtes entsteht aus der Züchtigung von geistig Minderwertigen, die nicht als solche erkannt werden: es ist deshalb in gewissen Grenzen auch Selbstschutz, meine Herren, wenn Sie sich bemühen, Ihre Kenntnisse von der Eigenart solcher Kinder und deren Erkenntnis auszubauen und zu vervollkommnen. Auch deshalb, weil solche Kinder noch in anderer Beziehung Ihrem Wirken schädlich und gefährlich werden können: sie sind nicht nur die gegebenen Erreger aller Epidemien von geistiger Ansteckung, die in den Schulen vorkommen können, sondern unter Umständen eben auch Aufwiegler und Vergifter jener „öffentlichen Meinung" unter den Schulkindern, die Sie, meine Herren, auf Ihrer Seite haben und behalten müssen, wenn Sie nützliche Arbeit leisten sollen.

Aber vor allem ist die eingehende Kenntnis solcher Zustände und ihre möglichst weitgehende Ermittlung deshalb notwendig, weil nur aus einer klaren Übersicht der Sachlage die zweckmäßigen pädagogischen Einrichtungen betrieben und getroffen werden können. Alle diese Kinder sollten eben gar nicht Objekte der normalen Schulung bleiben, sondern grundsätzlich möglichst ausschließlich und vor allem frühzeitig heilpädagogischen Einwirkungen unterstellt werden: sie gehören unbedingt in Nebenklassen und Nebenschulen — die allerdings, wenn sie wirklich den notwendigen Ansprüchen genügen sollen, in zweierlei Form errichtet werden müssen: als Hilfsklassen für einfach Unbegabte und Zurückgebliebene und als Sonderklassen für krankhaft Minderwertige. Es ist ein prinzipieller und schwerer Fehler, wenn man diese grundverschiedenen Gruppen ohne weiteres zusammenwirft: denn bei den einfach Unbegabten und Zurückgebliebenen ist keine Heilpädagogik, sondern nur eine auf den einzelnen eingestellte und besonders liebevolle nachhelfende Schulung nötig. Dagegen kann bei den krankhaft Minderwertigen die Schule nur dann wirklich nützliche Arbeit leisten und nachhaltig späteren Entgleisungen vorbeugen, wenn sie sich nach den Grundsätzen der Heilerziehung aus sachgemäßer Individualisierung der richtigen Formen und der wirksamsten Maßnahmen bedient.

Und dieses Ziel muß eben auf jedem möglichen und aussichtsvollen Wege angestrebt werden, weil gerade in diesen Kindern die Keime zum Guten und Bösen so eng aneinander liegen — und weil da die Saat des Bösen, das heißt die Anlagen der Krankheit, so leicht zu den schlimmsten Folgen und den schwersten sozialen Schäden aufwuchern können.

Wenn Sie, meine Herren, dazu helfen wollen, solche Folgen und Schäden zu verhüten, dann werden Sie Ihren schönen und stolzen Beruf zur edelsten Vollendung krönen: denn dann werden Sie aus Lehrern der Geister Erzieher der Seelen und die vornehmsten Helfer in jener großen Arbeit, die durch Vorbeugung und Verhütung die geistige Gesundheit und damit die Kraft und Stärke unseres Volkes zu wahren und zu vermehren *sucht.*

Mitteilungen.

— Die **Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde** in Berlin hat fast ihr ganzes Vereinsvermögen in Höhe von 6000 M für Kriegswohlfahrtzwecke hergegeben, darunter 1000 M für die neue ärztliche Kriegshilfskasse.

— **Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie** hat beschlossen, die sonst für April 1915 in Aussicht genommene Jahresversammlung der deutschen Psychiater des Krieges wegen bis auf weiteres zu verschieben.

— **Gibt es eine „Kriegspsychose"?** Man hat früher, ohne sich dabei auf feststehende Tatsachen zu stützen, wie etwas Selbstverständliches angenommen, daß die Zahl der Geisteskranken im Kriege außerordentlich wachse, und man hat sogar von einer bestimmten „Kriegspsychose" gesprochen, von einer Erkrankung besonderer Art, die durch den Krieg verursacht wird und nur im Kriege vorkommt. Wie Dr. Karl Birnbaum in seinem Aufsatz der „Umschau" ausführt, gibt es aber keine eigentliche „Kriegspsychose", sondern es handelt sich im Kriege um die gleichen Geisteskrankheiten, die wir von den Friedenszeiten her kennen. Ja, selbst dafür, daß die Zunahme der Geisteskrankheiten im Kriege eine irgendwie bedeutende sei, ist der Beweis nicht erbracht. Beim Heere selbst gestattet die verschiedene Zusammensetzung von Friedens- und Kriegsarmee keinen unmittelbaren Vergleich des Zahlenmaterials. In den Kriegsheeren von 1866 und 1870 ist eine geringe Zunahme der Zahl der Geisteskranken im Kriegsheere gegenüber dem der Friedenszeit festzustellen. Die Zahl der geisteskranken Soldaten von 1870 wird in dem amtlichen Bericht auf 316 angegeben, d. h. 0,5 pro 1000 der durchschnittlichen Kopfstärke des Heeres. Damit sind nur die eigentlichen Geisteskranken angegeben, nimmt man die Zahl der Nervenkranken hinzu, so erfährt man, daß 2010 Soldaten an Epilepsie und Krämpfen überhaupt erkrankten. Diese Störungen sind in der Hauptsache auf Kopfverletzungen, Gehirnerschütterungen usw. zurückzuführen, nur ein kleinerer Teil dieser Erkrankungen ist den körperlichen und seelischen Anstrengungen des Krieges zuzuschreiben. Eine Reihe nervöser Erkrankungen wurde auch

durch Infektionskrankheiten, wie Ruhr, Pocken und vor allem Typhus hervorgerufen. Unter 65 000 Typhus-Rekonvaleszenten zeigten sich bei 134 Geistesstörungen. Daneben kamen schwere nervöse Zustände vor, die mit ausgesprochenen körperlichen Beschwerden, sowie mit seelischer Apathie und Depression verbunden waren und zweifellos als Folgen nervöser Erschöpfung aufzufassen sind, der an sich schon nervenschwache Menschen im Kriege unterlegen sind. Von den 316 Geisteskranken im engeren Sinne wurden 129 als geheilt entlassen und 10 starben; etwa die Hälfte der Erkrankten erwies sich als erblich belastet. Hervorzuheben ist auch, daß 1870 im ganzen Kriegsheer nur 30 Fälle von Selbstmord vorkamen, während man in den nachfolgenden Friedensjahren durchschnittlich 221 zählte. Weitere Erfahrungen über die Geistesstörungen im Kriege hat man im russisch-japanischen Kriege gemacht. Nach den Angaben von Dr. Awrokratow, der als Bevollmächtigter des Roten Kreuzes an dem psychiatrischen Hauptlazarett in Charbin tätig war, wurden in diesem Hospital des Roten Kreuzes in eineinviertel Jahr, vom Ende 1904 bis Frühjahr 1906, 1347 geisteskranke Soldaten behandelt, davon 275 Offiziere und 1072 Mannschaften. Die Zahl der Geisteskranken betrug im Verhältnis zur ganzen Armee 1,9 pro 1000. Bei den Offizieren handelte es sich sehr bezeichnender Weise in erster Linie um Erkrankungen an chronischem Alkoholismus, die mehr als ein Drittel aller Krankheitsfälle ausmachten. An zweiter Stelle stand Gehirnerweichung und an dritter neurasthenisches Irresein. Diese drei Krankheitsformen machten bei den Offizieren 75% aller Geisteskrankheiten aus. Bei den Soldaten standen an erster Stelle die epileptischen Störungen, dann kam der Alkoholismus. Ähnlich lauten die Resultate, die durch die Untersuchung der Geisteskranken im Militärhospital Moskau gewonnen wurden, wohin die Kranken aus der Charbiner Anstalt kamen. Hier handelte es sich besonders um die im zweiten Jahre des Krieges psychisch Erkrankten, von denen 44,2% teils bereits krank, teils stark prädisponiert nach der Mandschurei gekommen waren. Überall in den Fällen von Geistesstörungen im Kriege traten dieselben Krankheitserscheinungen auf, wie auch sonst bei Geisteskranken. Nur spielten natürlich bei Wahnideen und Sinnestäuschungen die Kriegsereignisse die Hauptrolle. Auch darin ist nichts Besonderes zu sehen, denn die erregenden Zeitereignisse finden natürlich im Geistesleben der seelisch Kranken ebenso ihren Ausdruck wie in dem Gedankenleben der Normalen. Man wird daher nur sagen können, daß die Anstrengungen des Krieges und die mit ihm verbundenen seelischen Erschütterungen bei Prädisponierten eine Störung veranlassen können, die unter gewöhnlichen Verhältnissen ausgeblieben wäre. Die geistig Erkrankten müssen möglichst schnell vom Kriegsschauplatz sowie aus den Feldlazaretten entfernt und den heimischen Irrenanstalten zugeführt werden. Außerhalb des Heeres ist bei der von den Kriegsereignissen betroffenen Bevölkerung eine Zunahme von Geisteskrankheiten nicht festzustellen. Vielmehr nahm z. B. in Frankreich im Kriegsjahr 1870/71 die Zahl der in Irrenanstalten Aufgenommenen um 1300 ab. Man hat darin sogar den Ausdruck einer Kräftigung des gesamten geistigen Zustandes der Nation sehen wollen, die mit der gleichzeitigen Abnahme der Verbrechen Hand in Hand ging.

— Die **Entstehung der Migräne** führt S. Auerbach (Fortschritte der Medizin 1913 Nr. 42) in recht einleuchtender Weise auf ein Mißverhältnis zwischen zu großem Schädelinhalt und zu enger Schädelkapsel (Steigerung des Hirndrucks) zurück, das auf Anlage beruht, daher Migräne häufig erblich ist. Die Halbseitigkeit der Migräne wird durch Asymmetrie des Schädels erklärt; der Migräneanfall wird durch Gelegenheitsanlässe ausgelöst. B.

— **Die Hysterische als Zeugin.** Jetzt wird bekannt, daß das Material zu den Verleumdungen der deutschen Soldatenroheiten von einer englischen Hysterischen geliefert wurde. Die englische Lehrerin Hume, die in Belgien als „barmherzige Schwester" wirkte, sollte von deutschen Soldaten vergewaltigt sein, und es wurde folgendes von ihr berichtet:

„Beide Brüste wurden ihr von den entmenschten Deutschen abgeschnitten. Halbtot wurde sie von Nonnen aufgelesen und hatte noch die Möglichkeit, ihre Anklagen gegen die Deutschen schriftlich niederzulegen."

Dem Dokumente waren die Unterschriften zweier belgischer Geistlicher, von dem Pfarrer und dem Gemeindevorsteher von Halshire beglaubigt, beigegeben. In London wurde eine Kommission eingesetzt, die die Sache weiter — zur Ausbeutung gegen die deutschen „Barbaren" — untersuchen sollte. Was aber geschah? Man verhaftete die Schwester der Grace Hume, ein hysterisches Fräulein namens Käthe Hume. Diese hat sich die ganze Geschichte in ihren Phantasien erträumt, und ging soweit, daß sie jenes Dokument mit sämtlichen belgischen Unterschriften selbst herstellte. Die „Times" berichtete über die Verhaftung in folgenden kurzen Worten:

„Käthe Hume, Lehrerin in Hamshire, wurde vor den Richter gebracht unter der Anschuldigung der schweren Urkundenfälschung. Die Sache hängt mit dem Fall Grace Hume zusammen."

Die Richter haben Käthe Hume wegen Urkundenfälschung zu drei Monaten Gefängnis verurteilt. Wegen ihres geistigen Zustandes erhielt sie für den Fall guter Führung Strafaufschub auf die Dauer von zwei Jahren. (Tägl. Rundschau, 29. Oktober 1914.)

— **Anrechnung des Aufenthaltes in der Irrenanstalt auf die Strafzeit.** Diese Frage stand im Mittelpunkte der Hauptversammlung des Provinzialverbandes der Brandenburgischen Fürsorgevereine für entlassene Strafgefangene und der Zentralstelle für das Gefangenenfürsorgewesen der Provinz Brandenburg, die kürzlich im Weinhaus Rheingold in der Potsdamer Straße tagte. Das Referat hielt der leitende Arzt der Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene am Strafgefängnis zu Breslau, Dr. med. Rixen. Er betonte, daß in den süddeutschen Staaten die Zeit der Internierung in einer Irrenanstalt fast ausnahmslos auf die noch zu verbüßende Strafe angerechnet werde. Dieses Ziel auch für Preußen zu erreichen, müsse die

Hauptaufgabe der Zentralstelle und der Fürsorgevereine sein. Ein am Schlusse des Referats gestellter Antrag forderte, daß in der angegebenen Richtung bei der zuständigen Behörde vorgegangen werden sollte. In der sich anschließenden Debatte erkannte auch der Vertreter des Justizministeriums, Geheimer Oberjustizrat Plaschke an, daß die Materie reformbedürftig sei. Geheimer Medizinalrat Dr. Leppmann erhoffte eine vorläufige Besserung der heutigen Verhältnisse von einem Ausbau der Strafanstaltsirrenanstalten.

— **Prof. Lehmann-Hohenberg verurteilt.** Die Weimarer Strafkammer verhandelte in fünfstündiger Sitzung gegen den ehemaligen Professor an der Kieler Universität Lehmann-Hohenberg wegen Beleidigung des Staatsanwaltes Blochmann. Professor Lehmann-Hohenberg steht bekanntlich seit Jahren im Streit gegen verschiedene Behörden, da er den Standpunkt verficht, daß die gegenwärtigen Zustände auf dem Gebiete der Rechtsprechung militärischer und Zivilgerichte, insbesondere auch auf dem Gebiete des Irrenrechts- und Entmündigungswesens unhaltbare seien. Der gegenwärtige Prozeß ist eine Folge des Kampfes Lehmann-Hohenbergs gegen den Jenenser Psychiater Geheimrat Binswanger und dessen Assistenten Professor Berger, die er des Meineides bezichtigte. Da Staatsanwalt Blochmann auf Beschwerde des Angeklagten es ablehnte, die Anzeigen weiter zu verfolgen, beschwerte sich Professor Lehmann-Hohenberg beim weimarischen Staatsministerium. Diese Beschwerde enthielt äußerst scharfe Angriffe gegen Blochmann, so daß das neue Verfahren eingeleitet wurde. Zu seiner Verteidigung führte der Angeklagte an, daß er in Abwehr gehandelt habe, da er in früheren Prozessen durch den Staatsanwalt Blochmann schwer beleidigt wäre. Einige Beweisanträge des Angekl. wurden vom Gericht abgelehnt. In seinem Schlußwort suchte der Angeklagte nochmals seinen Standpunkt zu verteidigen und nahm die Wohltat des § 193 StGB. in Anspruch. Bei der Schwere der Beleidigungen erkannte der Gerichtshof gegen den Angeklagten auf eine Gefängnisstrafe von einem Jahre. (Vossische Zeitung, 5. November 1914.)

— **Schleswig-Holstein.** Der Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache (früher Provinzial-Idiotenanstalt) zu Schleswig für die Zeit vom 1. April 1913 bis 31. März 1914 besagt u. a.: Am Schlusse des Rechnungsjahres 1912 betrug der Bestand der in der Anstalt befindlichen Kranken 368 (219 männlich und 149 weiblich). Es kamen im Laufe des Jahres hinzu 57 (35 und 22); es schieden aus infolge endgültiger Entlassung in die Familie 9 (5 und 4), durch den Tod 14 (5 und 9), ergibt einen Bestand am 31. März 1914 von 402 (244 und 158). In Familienpflege befanden sich am Schlusse des Jahres 4 erwachsene und 2 schulpflichtige männliche Pfleglinge. Von den Entlassenen waren 5 (1 und 4) gebessert, 4 (männliche) nicht gebessert. Der Gesundheitszustand war im allgemeinen nicht ungünstig. Recht unangenehm bemerkbar machte sich die Überbelegung in den einzelnen Häusern. Bei ansteckenden Krankheiten wurden dadurch mehrfach Verschiebungen notwendig; darunter auch solche, die man im Interesse der Kranken lieber unterließe. Die Organisation der Anstaltsschule ist während des Berichtsjahres unverändert geblieben. Die Schule besuchten 83 Kinder, 51 Knaben und 32 Mädchen (gegen 87 — 50 bezw. 37) im Vorjahr. Die Abteilungen für den vereinigten Sach-, Sprech- und Werkunterricht besuchten 21 Kinder (12 und 9) gegen 26 im Vorjahr. An Stelle der wegen Heirat ausgeschiedenen Lehrerin Gamst trat am 1. März 1914 die Lehrerin Jordan aus Schleswig. Patriotische Schulfeiern fanden statt am 2. September, 18. Oktober 1913 und am 27. Januar und 6. Februar 1914. Eine Weihnachtsfeier konnte wegen Überfüllung der Anstaltsräume und Unentbehrlichkeit des bisher dazu benutzten Saales nicht veranstaltet werden. Vom 16. bis 29. Oktober 1913 wohnten zwei städtische Volksschullehrer dem Unterricht in allen Klassen zu ihrer Information bei, weil sie als Lehrer für die neubegründete Hilfsschule in Schleswig bestimmt waren. Am Handarbeitsunterricht (Stricken und Nähen) nahmen die Mädchen der vier Klassen teil. Die seelsorgerische Tätigkeit in der Anstalt übernahm Herr Pastor Lorenzen aus Schleswig für den nach Tönning versetzten Anstaltsgeistlichen Pastor Kunow am St. Johanniskloster.

In der Weberei wurden unter Leitung der Handarbeitslehrerinnen von 2 männlichen und 7 weiblichen Pfleglingen 638 m Handtuchdrell, 473 m Kleiderstoff, 507 m Band und 259 m Feudelstoff hergestellt. Unter Aufsicht und Hilfe der Wärter sind auf den Abteilungen 27 Fußmatten aus Kokosfasern angefertigt worden. In der Schneiderei waren 12, in der Wäscherei 13, in der Gärtnerei 16, in der Küche 3 Knaben und in der Nähstube 16 Mädchen beschäftigt.

Am 1. März 1914 wurde Oberarzt Dr. Lütgerath in gleicher Eigenschaft an die Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt i. H. versetzt und Dr. Abraham — bisher Assistenzarzt an der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt zu Pforzheim — an der hiesigen Anstalt als Hilfsarzt eingestellt.

Im Monat Juli 1913 wurde mit dem Bau eines neuen Krankenhauses für 130 Pfleglinge begonnen. Dieses Gebäude wurde im Spätherbst unter Dach gebracht und der innere Ausbau im Winter und Frühling 1914 fortgesetzt.

— Dem Jahresbericht der **Oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt** in **Bayreuth** (Direkt. Dr. Hock) für das Jahr 1913 entnehmen wir folgende bemerkenswerten Einzelheiten:

Zum dritten Male wurde am 17. April aufgenommen der auf unablässiges Drängen seines Vaters und im Einverständnisse mit der zuständigen Distriktspolizeibehörde nach monatelangem, ruhigem und harmlosem Verhalten am 27. Januar 1912 entlassene, an Dementia praecox leidende H. S., nachdem er tags zuvor seinen Vater auf dem Felde mit einer Hacke erschlagen hatte. Bezeichnend für die Indolenz des Vaters ist, daß der Sohn schon am Tage zuvor ihm mit Erschlagen gedroht hatte, ohne daß jener daran gedacht hätte, die bei der Entlassung des Sohnes schriftlich eingegangene Verpflichtung, ihn im Falle einer Verschlimmerung unverzüglich in die Anstalt zurückzuverbringen, zu erfüllen.

Ein entwichener Kranker suchte nach wenigen

Tagen selbst in der Anstalt um Wiederaufnahme nach, wurde aber in Anbetracht seiner Ungefährlichkeit, und weil er seinerzeit freiwillig in die Anstalt eingetreten, abgewiesen. Derselbe kam nach Ablauf eines Monats über St. Getreu-Bamberg in die Anstalt zurück.

Eine psychopathische Kranke, die schon einmal aus gleicher Ursache am 21. Juli 1910 operiert war, mußte am 27. Januar 1913 abermals einer Operation im städtischen Krankenhaus unterworfen werden, da sie im Beginn einer oder mehrerer Verstimmungen zahlreiche Haar-, Sicherheits- und Stopfnadeln, sowie andere Gegenstände, die ihr in ihrer guten Zeit — sie wird während derselben regelmäßig mit den verschiedensten Handarbeiten beschäftigt — zugänglich waren, verschluckt hatte und an unerträglichen Schmerzen litt. Durch dieselbe konnte aber nur der kleinere Teil der Gegenstände — im ganzen handelte es sich um 35 Stück — entfernt werden; der größere Teil wurde erst im April und Juni manuell aus dem Rektum entfernt, nachdem die Kranke, jedenfalls ohne für die Dauer kuriert zu sein, Unsägliches durchgemacht hatte.

Ein epileptischer Kranker wurde mit einer außerordentlich schweren Verletzung aufgenommen; er hatte sich im Dämmerzustande eine 25 bis 30 cm breite, die Bauchhöhle eröffnende Schnittwunde beigebracht. Trotzdem die Gedärme vorlagen, kam er, nur mit einem Notverband versehen, erst nach 1½ Tagen in die Anstalt, nachdem er zuvor noch in einer anderen Anstalt abgewiesen worden war und deshalb nochmals einen längeren Eisenbahntransport zu überstehen gehabt hatte. Die von uns sofort in Angriff genommene chirurgische Behandlung hatte einen vollen Erfolg.

Die Behandlung zweier paralytischer Pfleglinge mit Natr. nucleinic. hatte keinen Erfolg.

Auf die Einschränkung des Alkoholkonsums wurde beständig geachtet. Der Bierkonsum betrug in dem Berichtsjahre nur 65 899 Liter Bier (gegen 70 241 Liter im Vorjahre und 99 400 Liter im Jahre 1909). Hand in Hand mit diesem Rückgang des Bierverbrauches ging die Steigerung des Konsums der Erzeugnisse unserer im Jahre 1911 eingerichteten Limonadenfabrik, von denen 148 898 Fläschchen gebraucht wurden (gegen 123 706 im Vorjahre).

Auf der Männerseite wurden in den Gärten des älteren Teiles der Anstalt die die einzelnen Krankengärten trennenden häßlichen hohen Planken, sowie ein hoher Zaun beseitigt und durch einen niederen ersetzt bezw. an deren Stelle Hecken (Carpinus Betulus und Cornus sanguinea) gepflanzt; der eine Garten außerdem durch Beseitigung eines vorher einspringenden Winkels vergrößert. Dadurch, sowie durch Fällung bezw. Stutzen zahlreicher Bäume, durch Anlagen von Blumenbeeten und Anpflanzung zahlreicher Ziersträucher (Prunus triloba, verschiedene Ribes-Arten, Weigelien, Deutzien usw.) und hochstämmiger Rosen und lichter Baumgruppen (Betulus pendula verrucosa) und Beseitigung der im rechten Winkel verlaufenden, geradlinigen Wege ist es erst gelungen, die Schönheit der sehr geräumigen Gärten, welche nunmehr einen nahezu parkartigen Eindruck machen, so recht zur Geltung zu bringen und zugleich den unfreundlichen Eindruck des Zwingerartigen zu zerstören.

Auf der Frauenseite wurde in gleicher Weise der hohe Zaun eines Gartens beseitigt und durch eine Lycium barbarum-Hecke ersetzt.

Für Krankenzwecke wurden in der Anstalt gefertigt eine Reihe von Bettischen, außerdem ein Exemplar des sehr praktischen Jansenschen Bett- und Krankentisches angeschafft.

Für ärztliche Zwecke wurde in der Anstalt gefertigt der von Bernstein angegebene Apparat zur Prüfung der Merkfähigkeit und angeschafft Ranschburgs Apparat zur Prüfung des Gedächtnisses, der Assoziation und der Auffassung.

Besichtigungen der Anstalt fanden eine Reihe statt. In erster Linie stehen die Geschworenen der Schwurgerichtssessionen, welche regelmäßig in größerer oder kleinerer Anzahl die Anstalt zu besichtigen wünschen. Ferner wird erwähnt die Besichtigung der schwedischen Handweberei.

In der Zeit vom 16. November 1913 bis 10. Dezember 1913 Teilnahme des Hilfsarztes Dr. Resch an dem von Sanitätsrat Dr. Fauser in Stuttgart auf Grund der Abderhaldenschen Methoden abgehaltenen serologischen Kurs, an die sich Arbeiten in dessen Laboratorium und die Besichtigung der Anstalten in Illenau, Klingenmünster und Homburg anschlossen.

Am 28. Mai verstarb der am 3. Mai krank aus dem Urlaub zurückgekehrte K. Oberarzt Dr. Gustav Wagner an den Folgen eines durch Diabetes komplizierten Nackenkarbunkels. Seinen Verdiensten um die Anstalt wurde der Berichterstatter in einer vor den Anstaltsangehörigen veranstalteten Leichenfeier in Bayreuth und bei der in Landshut erfolgten Beisetzung, der zwei Vertreter der hiesigen Anstalt beiwohnten, durch Nachrufe gerecht. Seine irrenärztliche Laufbahn hatte Oberarzt Dr. Wagner als Assistenzarzt an der mittelfränkischen Kreisirrenanstalt Erlangen am 4. November 1896 begonnen. Vom 1. Dezember 1897 bis 31. Oktober 1905 war er an den oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten München und Eglfing tätig, seit 1. November 1905 als Oberarzt an der hiesigen Anstalt. Für die während der Erkrankung des früheren Anstaltsdirektors, Medizinalrat Kraußold, 8 Monate hindurch besorgte Führung der Direktorialgeschäfte erhielt er die Anerkennung der K. Regierung von Oberfranken ausgesprochen.

— The sixty-furth Annual Report of the Board of Trustees and Superintendent of the Central Indiana Hospital for Insane at Indianopolis, Indiana, tho the Goweror berichtet Edenharter über Vermögen, Ausgaben und Einnahmen, über die Administration, die Baulichkeiten seiner Anstalt, über die in der Anstalt abgehaltenen Vorlesungen und Demonstrationen der Universitätsprofessoren an die Medizinstudenten, insbesondere über das von der Anstalt verwaltete pathologisch-anatomische und bakteriologische Laboratorium, dessen zweckmäßige Einrichtung



zahlreiche Besucher in ihren im Berichte abgedruckten Briefen an Edenharter lobenswert hervorheben. Im ganzen wurden 2745 Kranke, und zwar 1633 Männer und 1112 Frauen verpflegt; 2,937% wurden geheilt, 5,035% starben.

Zahlreiche statistische gut geführte Tabellen gewähren einen näheren Einblick in die Krankenbewegung, -behandlung und die Arbeitstherapie, welche in der Anstalt allerdings nicht auf der Höhe steht.

Der folgende sixty-fifth Report derselben Anstalt berichtet gleichfalls über Administration und Krankenbewegung, über die Unterrichtskurse und in zahlreichen statistischen Tabellen über Ursachen, Dauer und Ausgang der Geisteskrankheiten.

Ein eigener Bericht von 344 Seiten des pathologischen Departement and of clinical Psychiatry der Anstalt belehrt den Leser genau über die Krankengeschichte und Autopsie der Verstorbenen.

Es ist also keine verlorene Zeit, welche der Leser den Edenharterschen Berichten schenkt.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

Anstaltsnachrichten.

— **Provinzial-Heilanstalt Stralsund.** Im Felde: Assistenzarzt Dr. Weddige als Assistenzarzt beim 42. Inf.-Rgt. R. d. E. K. II; Anstaltsoberarzt Dr. Kluth als freiwilliger Arzt dem 10. Feld-Inf.-Bataillon als Bataillonsarzt zugeteilt. — Zurückgeblieben: Der Dir. Dr. Horstmann, die Oberärzte Dr. Tomaschny und Dr. Bräuler sind nebenamtlich als Stationsärzte in dem auf der Anstalt errichteten Reservelazarett tätig. — Das Haus der halbruhigen Männer wurde zur Aufnahme von 90 Verwundeten eingerichtet. Dieses Lazarett ist meist völlig belegt. Daneben sind in der Anstalt noch 30 Plätze für im Kriege geistig erkrankte Soldaten bereitgestellt. Hiervon sind 3 Plätze belegt.

— **Prov.-Heilanstalt Lauenburg** i. Pomm. Die 100 aus Tapiau geflüchteten ostpreußischen Geisteskranken, welche hier Unterkunft gefunden hatten, kehrten am 16. Dezember in ihre Anstalt zurück.

— **Herzogl. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen.** Zum Heer eingezogen: Abteilungsarzt A. Menche, I. Hilfsarzt H. Lincke, II. Hilfsarzt K. Maisel. — Zurückgeblieben: Direktor Mayser, I. Oberarzt Büchner, II. Oberarzt Popper. Da der II. Oberarzt bald nach Kriegseröffnung an Schlaganfall zugrunde ging, ist der II. Hilfsarzt als an der Anstalt unabkömmlich reklamiert worden und zurückgekehrt. Derzeitiger Ärztebestand somit: Direktor, I. Oberarzt, II. Hilfsarzt. — Krankenbestand: 860. — Gesellschaftshaus und zwei Männervillen mit ca. 140 Betten sind der Militärverwaltung als Reservelazarette überlassen worden.

— **Kgl. württ. Heilanstalt Winnental.** Im Felde: Assistenzarzt Dr. Werner, Assistenzarzt Dr. Morstatt. Zurückgeblieben: Direktor Dr. Kreuser (war 45 Tage lang mit Lazarettzug unterwegs), Oberarzt Dr. Buder, Dr. Wittermann, Ass.-Arzt Dr. Gleuwitz. — Krankenbestand 630; geisteskranke Militärpersonen bisher 3.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Großh. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim. Der Großh. Anstaltsdirektor Geheimer Medizinalrat Dr. Franz Fischer ist am 7. Dezember 1914 gestorben.**

— **Kgl. württ. Heilanstalt Winnental.** Dem Ass.-Arzt Dr. Werner ist das Eiserne Kreuz II. Kl. verliehen.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt** in Holstein. Oberarzt Dr. Kleiminger, jetzt beim Stabe der I. Munitions-Kolonnen-Abteilung, IX. Armeekorps, erhielt am 27. November d. Js. auf dem westlichen Kriegsschauplatz das Eiserne Kreuz.

— **Prov.-Heilanstalt Lauenburg** i. Pomm. Oberarzt Dr. Hieronymus (beim Blücher-Husaren-Regiment) erhielt das Eiserne Kreuz.

— **Herzogl. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen.** Der Abteilungsarzt A. Menche hat Anfang November das Eiserne Kreuz erhalten.

Buchbesprechungen.

— Hotz, Prof.: Über Kriegsverletzungen des Nervensystems. Aus dem Reservelazarett Diakonissenhaus-Universitätsnervenklinik Freiburg i. B. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 10. November 1914.

1. Einige Fälle von Commotio cerebri (durch Aufschlagen eines Granatsplitters auf den Helm, Kolbenschlag) mit Benommenheit, Stupor, Pulsverlangsamung bis unter 50 (bei regelmäßigem, nicht gespanntem Puls), Ausbleiben von Herdsymptomen und nachträglicher Erscheinungen einer Basisfraktur erholten sich im Lauf einiger Tage vollkommen.

2. Mehrfach wurden beobachtet funktionelle Störungen im peripheren Nervensystem, Sensibilitätsstörung im Bereich der einen Körperhälfte oder des Unterleibes mit Blasenretention, angebliche Lähmung des Beines nach Schuß durch die Wade, nach wirklichen, meist harmlosen perforierenden Verletzungen oder im Anschluß an den Schock eines in der Nähe explodierten Artilleriegeschosses. Heilung nach einigen Tagen ohne besondere Therapie. Es handelte sich meist um von früher disponierte Personen; bewußte Täuschung oder absichtliche Aggravation, wie sie im Frieden als Nebenfolge der sozialen Unfallgesetzgebung vorkommt, lag nicht vor. Auch bei Verwundung der Schädeldecken durch Schrapnell- oder leichte Streifschüsse wurden gelegentlich derartige rein funktionelle und mit keiner Gehirnlokalisation zu vereinbarenden Störungen beobachtet.

3. Sogen. Kopfschüsse. In 2 Fällen Querschuß durch die Basis mit Verlust des einen Sehnerven; ohne weiteres Ausheilung. Sonst meist Verletzungen der Schädel- und Gehirnwölbung. Für operativen Eingriff kommen hauptsächlich die zahlreichen Fälle von Tangentialschuß in Betracht (Impression des Schädeldachs, Dura- und Gehirnverletzung). An einem ausführlich mitgeteilten Fall wird gezeigt, daß nicht immer der Knochen selbst mitbeteiligt ist (Hämatom zwischen Dura und Knochen, keine Depression der Lamina vitrea). Andere



Fälle zeigten, daß „das Verhalten der äußeren Schädelwunde in keinem bestimmten Verhältnis steht zu der funktionellen Gehirnstörung". Nur das Röntgenbild gibt Aufschluß. In einem Fall von Querschuß durch das Parietalhirn fand sich 3 Wochen nach der Verletzung keine funktionelle Störung.

Wichtig ist das Vorkommen posttraumatischer Gehirnerweichung, welche auf frische Blutungen, Ödem und lokale Zirkulationsstörungen zu beziehen ist. Die Folge ist mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose progredienten Charakters. „Nach Abklingen der ersten Verletzungsfolgen sehen wir bei diesen Hirnschüssen regelmäßig ein Intervall, welches sich bei recht gutem Befinden über mehrere Tage erstrecken kann. Erst später zeigt sich dann eine zunehmende Verschlimmerung, welche in allgemeinen Druckerscheinungen, Bewußtseinsstörungen, heftigen Kopfschmerzen, Druckpuls und in lokal gesteigerten Reizungs- oder Lähmungssymptomen, kombinierten Herderscheinungen, zum Beispiel Brachio-, später kruraler Typus oder Sprachstörungen mit Fazialisparese zum Ausdruck kommt." Auch klinisch zeigt sich diese progrediente Hirnschädigung, bedingt durch die aus Trauma und Zirkulationsstörungen resultierende aseptische Hirnerweichung, namentlich bei Tangentialschüssen. Spontanheilung möglich durch Abkapselung, Zystenbildung, bindegewebige Organisierung, allerdings eventuell mit später folgender traumatischer Epilepsie.

Ferner kommt traumatische, infektiöse Gehirnerweichung vor, zuweilen mit anfänglichem Latenzstadium, namentlich bei wenig ausgedehntem Trauma. Exitus in wenigen Tagen. Operation ist wenig aussichtsvoll.

Hotz beschreibt dann das operative Vorgehen; dies kann aber nur von geübter Hand unter guten aseptischen Bedingungen und in Ruhe geschehen. Nur in Fällen mit sehr ausgedehnter Schädel- und Gehirnverletzung ist die Operation sehr dringlich. „Die große Mehrzahl der Tangentialschüsse kann unter exaktem aseptischem Verband auch nach den Landesspitälern im Innern in mehrstündiger Auto- oder Eisenbahnfahrt transportiert werden, ohne daß für den Kranken aus diesem Transport ein größerer Schaden erwachsen wird." B.

— Wegener, Hans: Geschlechtsleben und Gesellschaft. 209 S. Hagen i. W., Verlag Rippel. 2 M.

„Wir jungen Männer" und „Das nächste Geschlecht" haben jetzt im vorliegenden Buche eine Fortsetzung erfahren. Den Sinn der sozialen und der sexuellen Frage, die „neue Moral" und die mannigfachen Hemmnisse zu ihrer Lösung erörtert Verfasser. Als Forderung der neuen Moral verlangt er die Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen und ebenso ihrer Mütter, ferner die leichtere Lösbarkeit aller geschlechtlichen Verbindungen und schließlich eine Probezeit vor der Ehe, selbstverständlich ohne Geschlechtsgenuß.

Es erscheint dem Ref. fraglich, ob diese Forderungen allein zu einem gesunden Geschlechtsleben führen können, jedoch kann man dem Verf. sittlichen Ernst und eifriges Streben in seinen Ausführungen nicht absprechen, und seine Worte enthalten oft eine wahre Kritik oder eine beherzigenswerte Mahnung. Irrtümlich ist aber die Ansicht, daß man sich bei den kontrollierten Puellae am leichtesten infiziert, vielmehr bilden die unkontrollierten die größte Gefahr.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Sternberg, Dr. Wilhelm: Die Übertreibungen der Abstinenz. 3. Aufl. 93 S. Würzburg 1913, Verlag Kabitzsch. 2,50 M.

Eine hell lodernde Kampfschrift! Cui bono? Sicherlich nicht der Anti-Alkoholbewegung und ihrem segensreichen Streben, zur Volksgesundung beizutragen, was Verf. übrigens auch gar nicht will. Wenn er, wie auch schon in der 2. Auflage, nervengesunde Männer, die sich freiwillig in den Dienst der Abstinenz stellen, verächtlich zu machen sucht, indem er sie als neurasthenische, hysterische Kranke, die zur Entmündigung reif sind, hinstellt, so erübrigt sich jedes kritische Wort darüber. Daß Verfasser gar oft persönlich wird, erhöht keineswegs den Wert seiner Ausführungen.

„Eine diätetische Studie für Mediziner und Nichtmediziner" lautet der Untertitel, und dementsprechend beschäftigt sich Verf. viel mit „Küche und Keller", wobei er annimmt — nicht etwa nur hofft! Ref. —, daß seine Studie „stets in den medizinischen Wissenschaften .... einen besonderen Platz einnehmen und eine gewisse Bedeutung behalten" wird.

Für den Nervenarzt neue Tatsachen über den Alkohol bringt die Arbeit nicht.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Cornelius, A.: Kopfschmerz und Migräne. 53 Seiten. Berlin 1914, Verlag Hirschwald. Preis 1,50 M.

Verf. gibt auf Grund seiner Erfahrungen den Sitz der sogen. Kopfschmerzen, richtiger Schädelschmerzen, in der Mehrzahl der Fälle in extrakraniell gelegenen Stellen an und sieht in ihm nie eine isolierte Erscheinung, sondern glaubt ihn begleitet von einer Reihe von objektiven und subjektiven Erscheinungen am Körper.

Die Migräne bezeichnet er als eine auf ererbter Anlage aufgebaute Nervenpunktauslösung, die sich in nervösen Erscheinungen äußert und anfallsweise auftritt. Als Therapie empfiehlt Verf. natürlich in erster Linie die Nervenpunktmassage, besonders für die anfallsfreie Zeit. Kürbitz-Sonnenstein.

— Dana, Professor Charles L., M. D., New York: Mental tests. Read at a meeting of the Practitioners Society of New York, 1.November 1912. Verlag William Wood & Cie.

Jede einzelne These ist der deutschen Psychiatrie durchweg bekannt, wenigstens der Methode nach; im einzelnen sind natürlich die Fragen mehr dem amerikanischen Milieu angepaßt. Besonders interessant sind einige Beispiele der Bildererklärungsmethode. Die genaue Rubrizierung der einzelnen Testfrage unter die einzelnen Lebensalter des Kindes sind Abstufungen, wie sie auch bei uns nach dem Vorgange Binets geübt werden,



aber ja leider recht der Willkür ausgesetzt und nicht immer unbedenklich sind.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Gruber, Dr. Georg: Geschichtliches über den Alkoholismus. Verlag von Ernst Reinhardt-München.

Der Einfluß, der dem Mißbrauch alkoholischer Getränke, bezw. dem Verbrauch dieses Genußmittels in der politischen und kulturellen Entwicklung eines Volkes zuzuschreiben ist, veranlaßt den Verf. sich der mühsamen, aber dankenswerten Aufgabe zu unterziehen, eine Geschichte des Alkoholismus zu schreiben. Nach mehr skizzenartiger Darstellung der Alkoholfrage im alten und jetzigen Japan und China, im alten Ägypten, in Griechenland, nach etyas eingehenderer Beleuchtung dieser Fragen im alten Rom, wendet sich Verf. der Entwicklung des Alkoholismus in Deutschland zu. Er zeigt uns, wie unter der jeweiligen Auffassung der Wirkung alkoholischer Getränke Lobpreisungen und Schmähungen, gesetzliche Verbote und Gerechtsame entstehen und wie üppiges Leben, dessen Höhe meist grenzenloser Trunksucht gleichbedeutend ist, die Dekadenz eines Volkes unaufhaltsam herbeiführt, sofern nicht rechtzeitig Mahner erstehen, die die drohenden Gefahren zeigen. Es ist eine sozialhygienische Aufgabe, zu deren Erfüllung Verf. die weitesten Kreise anregen möchte.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr. M. Mosse-Berlin und Dr. med. G. Tugendreich. 1. Lieferung. München 1912, J. F. Lehmanns Verlag.

Das vorliegende Werk erscheint in 3 Lieferungen, von denen dem Ref. die erste vorliegt; es bezweckt in einer Art Monographie die Einwirkung der sozialen Lage, und zwar vorwiegend der ungünstigen, auf Krankheit und Sterblichkeit zur Darstellung zu bringen. Der Darstellung des Zweckes ist die Einleitung der beiden Herausgeber gewidmet. Des weiteren behandelt der allgemeine Teil die Grundzüge der Krankheits- und Todesursachenstatistik. Diese Arbeit hat den Direktor des Statistischen Amts der Stadt Berlin, H. Silbergleit, zum Autor.

Im zweiten Teil dieser Lieferung, mit dem Titel: Soziale Ätiologie der Krankheiten finden sich folgende drei Arbeiten: 1. Die Wohnung in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit von E. Wernicke-Posen, 2. Die Ernährung in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit von F. Hirschfeld-Berlin und 3. Die Arbeit bezw. der Beruf in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit von F. Koelsch- München.

Jede dieser Arbeiten stellt eine Fundgrube wissenschaftlicher Tatsachen und Erörterungen dar, die jedem Arzt, aber auch allen denen, die mit sozialen Problemen zu tun haben, eine willkommene Waffe im Kampfe gegen die Feinde der Volksgesundheit sein werden.

Mit dem Herausgeben dieses Sammelwerkes, und darin liegt gerade das Wesentliche, wird zweifellos der sozialen Hygiene ein großer Dienst erwiesen.

Heinicke-Großschweidnitz.

Therapeutisches.

— **Über Diogenal.** Von cand. med. **Küster**, Kaiser-Wilhelms-Akademie, Berlin. (Aus der Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital bei Goddelau. Direktor: Professor Dr. Dannemann.) Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten IX. Bd. 1. Heft.

„Es ist sicher, daß Diogenal ein „milderes“ Veronal ist, das hat uns jede Dosis, die wir unseren Kranken gegeben haben, gezeigt. Deshalb wird es besonders bei älteren und schwachen Individuen indiziert sein. Eine Tagesdosis von 3 × 1,0 g halte ich in jedem Falle für die zweckmäßigste, in der man sehr oft allmählich bis auf die Hälfte etwa wird herabgehen können, um dieselbe Wirkung zu erzielen. — Nur in wenigen Fällen wird eine Anfangsdosis von unter 3,0 g den gewünschten Erfolg zeigen. — Bei Individuen, die sich gegen andere Medikamente refraktär zeigen, wird dagegen erst eine Dosis von 4,0 g oder 5,0 g pro die genügen.“

— **Zur klinischen Bedeutung der Vitamine.** Von Paul Hüssy. Aus dem Frauenspital Basel (Direktor: Prof. von Herff). Münch. med. Wochenschrift vom 5. Mai 1914 Nr. 18 S. 981.

Mit dem neuen Präparat der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel, Orypan, hat H. Versuche angestellt. Er kommt zu folgendem Ergebnis: „Wir besitzen im Orypan ein Mittel von großer Wirksamkeit bei

Inanitions- und Schwächezuständen. Es hat auch günstigen Einfluß auf nervöse Zustände. Schlaflosigkeit wird dadurch bekämpft, der Appetit angeregt."

Orypan wird aus Reiskleie hergestellt, es ist ein hygroskopisches Pulver von angenehmem Geschmack; man verordnet dreimal täglich eine Messerspitze.

H. gibt einen Überblick der heutigen Anschauungen über die Vitamine.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

An der hiesigen Anstalt soll die Stelle der

zweiten Oberpflegerin

demnächst wieder besetzt werden. Die Annahme erfolgt im Wege des Privatdienstvertrages. Mit der späteren definitiven Anstellung im Bewährungsfalle ist Pensionsberechtigung verknüpft. Das Stellengehalt steigt von 600 M. alle zwei Jahre um 100 M. bis auf 1000 M. Außerdem werden gewährt zwei Wohnzimmer mit Ausstattung, Beheizung und Beleuchtung, Beköstigung der I. Klasse des Dienstpersonals, ferner nach Wahl Anstaltskleidung, welche Eigentum der Anstalt bleibt oder eine Bekleidungsentschädigung in Höhe von 80 M. jährlich, Reinigung der Wäsche und im Erkrankungsfalle ärztliche Behandlung durch die Anstaltsärzte. Die Nebenbezüge werden bei der Pensionierung in Höhe von 525 M. angerechnet.

Den Bewerbungsgesuchen sind alle Zeugnisse und ein selbstgeschriebener Lebenslauf beizufügen, auch ist anzugeben, ob auf Erfordern persönliche Vorstellung (ohne Kostenvergütung) erfolgen kann. Voraussetzung ist völlige körperliche Gesundheit und Frische sowie Vertrautheit mit dem Verkehr mit Geisteskranken in öffentlichen Anstalten.

Bunzlau, den 24. Dezbr. 1914.

Direktion der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 41/42. 16. Januar **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Über psychische Folgen von Kopfverletzungen mit und ohne Gehirnerschütterung.*)

Nach einem Vortrage, gehalten am 4. November 1914 im Verein Hallescher Ärzte von Professor Dr. **G. Anton,** Direktor der Königl. Klinik für Geistes- und Nervenkranke.

Der Schulbehörde habe ich die fachliche Überzeugung vorgebracht, daß bei der wohlbegründeten Fortdauer des Schulunterrichtes die Extemporalien der Kinder während des Krieges anders und milder beurteilt werden. Es steht fest, daß in diesen schweren Zeiten von weltbewegenden Ereignissen gerade die Empfänglichen in unserer Jugendschicht lebhaft bewegt und abgelenkt werden; die Arbeit, um das ruhige seelische Gleichgewicht wieder herzustellen und die geistige Sammlung zu erhalten, erfordert bei ihnen viel Nervenkräfte.

Diese Mahnung an die Lehrkollegen will ich heute auch für mich beanspruchen, wenn ich in dieser Zeit es wage, Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen für einige Erfahrungen aus der Gehirn-Chirurgie.

Die Eigenartigkeit der Erkrankungen, welche in diesen Kriegszeiten zustande kommen, rechtfertigt diese Inanspruchnahme.

Ich will zunächst illustrieren, wie geringe Kopfverletzungen, die mit Erschütterungen einhergehen, relativ schwerere Allgemeinsymptome hervorbringen, als die viel beträchtlicheren Verletzungen, welche von glatt durchschlagenden, oder im Kopfe verbleibenden Geschossen hervorgerufen werden. Die Mehrzahl solcher Verletzungen läßt sich illustrieren durch Röntgenbilder. Es ist auch wahrscheinlich, daß die Verletzungen in späteren Zeiten nicht die chronischen nervösen Zustände mit sich bringen, wie wir diese leider zuviel bei den traumatischen Neurosen in Friedenszeiten ärztlich oft zu verhandeln haben.

Zunächst möchte ich in Skizze Erkrankungsfälle schildern, wie wir sie auch in Friedenszeiten häufiger registrieren.

1. Ein 34 jähriger Landwehrmann, der bei der Bahnbewachung einem vorüberfahrenden Zuge zu wenig weit auswich, stürzte dabei hin und trug eine Hautverletzung und Erschütterung im Hinterhaupte davon. Er wurde liegend aufgefunden, blieb mehrere Stunden bewußtlos; als er zu sich kam, war er total verwirrt und außerstande, die Worte und Geberden zu verstehen. Späterhin verstand er kurze Sätze, vollzog einzelne Aufträge und repetierte einzelne Worte in sinnloser Weise. Aus seinem Gebaren geht hervor, daß er zeitlich und örtlich nicht orientiert war. Späterhin sprach er zusammenhängend, aber mit deutlicher Wortverwechslung. Er verkannte die Personen und konnte auch nach mehreren Tagen keine Auskunft geben über den Hergang des Unfalles. Die Beweglichkeit und Empfindung hatten nicht nachweislich gelitten. Erst 12 Tage später wußte er sich auf den Unfall zu erinnern, daß er von einer ihm entgegenkommenden Maschine weggeschleudert war. Sein sprachliches Verständnis und das Ausdrucksvermögen nahmen rasch zu. Die örtliche Orientierung kehrte schneller wieder als die Abschätzung der Zeit. Frühere Erlebnisse teilte er ziemlich prompt mit. Nach etwa zwei Wochen sprach er geordnet, doch blieb er auffallend ermüdbar und

*) Mit Genehmigung der Militärbehörde.



war zeitweise noch verwirrt. Nach vier Wochen konnte er gebessert entlassen werden. Der Körperbefund war normal. Das Röntgenbild ließ keinerlei Verletzungen des Schädels selbst konstatieren.

2. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Trinker, welcher nach einem Sturz auf das Hinterhaupt uns von der chirurgischen Klinik zugewiesen wurde. Vier Tage nach dem Trauma war er noch schwer benommen und fast bewußtlos. Es bestand ein lebhafter Nystagmus und allgemeine Herabsetzung der Muskelkraft. Als er am fünften Tage wieder zu sich kam, war er noch örtlich und zeitlich ohne Orientierung. Seine Bewegungen waren auffällig verlangsamt, etwas zitterig.

Erst nach zirka drei Wochen war er geordnet und schilderte in retardierter Sprache, daß er in letzter Zeit an Anfällen litt. Der Nystagmus dauerte an, ebenso Neigung zum Erbrechen. Beim Stehen schwankte er deutlich nach rechts, wich beim Gehen stets von der Richtung ab.

Im Röntgenbilde war ein kleiner, abnormaler Schatten in der Kleinhirngegend bemerkbar. Die Diagnose konnte gestellt werden auf Gehirnerschütterung und auf Kleinhirnverletzung. Pat. besserte sich im Verlaufe von vier Wochen; die Erinnerung an den Unfall und die Ereignisse vor dem Unfall kehrten allmählich wieder.

3. Hier handelte es sich bereits um eine Kriegsverletzung. Der Betreffende, ein Leutnant, wurde von einem Tangentialschuß in der linken Parietalseite gestreift. Er fiel um und wurde weit seitwärts geschleudert, blieb lange bewußtlos liegen, wurde auch ausgeraubt in diesem Zustande. Über den Verlauf der ersten Tage war nichts Genaues zu eruieren, aber Tatsache ist, daß eine Lähmung der gleichen Seite zurückgeblieben war.

Als er am 9. September, etwa 14 Tage nachher, in Behandlung kam, war noch die Pulszahl stark herabgesetzt, der linke Arm und die linke Hand waren deutlich schwächer, die Nerven daselbst enorm druckschmerzhaft. Er war sehr klaghaft, klagte über Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Die Druckpunkte der linken Kopfseite waren außerordentlich empfindlich. Auch war eine Überempfindlichkeit der Haut vorhanden. Er war ermüdbar und erregbar, machte sich übermäßige Sorgen über weiteres Verbleiben in seinem bürgerlichen Berufe (Oberlehrer).

Das Röntgenbild ließ sehr deutlich erkennen in der Scheitelhöhe Verlust von Knochenmasse, aber auch kleinste Versplitterung von Knochen (auf der linken Seite). Dieser Zustand besserte sich ganz auffällig im Verlaufe von zwei Wochen: er vermochte bald wieder zu gehen, die Hyperästhesie nahm deutlich ab, auch die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und der Nervenstämme der linken Seite.

Derzeit, nach ca. 5 Wochen, ist der Zustand bedeutend gebessert, die Kraft ist wiedergekehrt, nur noch Schmerzen im linken Knie- und Sprunggelenk erschweren den Gang. Die Neigung zum Zusammenzucken, ebenso die hypochondrische Depression haben aufgehört.

Hier trat also als Bild die Symptomatik einer akuten Hysterie hervor, welche zum Teil auch als Aggravation mißdeutet werden konnte. Die Gedächtnisfunktionen sind wiedergekehrt, desgleichen vermag er derzeit auch wieder zu schreiben, fast wie in früheren Zeiten, währenddem in den ersten Wochen die geistige Einstellung und Sammlung gefehlt hat.

4. Ein 29 jähriger Musketier erhielt einen Schuß unterhalb des rechten Warzenfortsatzes. Derselbe drang durch bis unterhalb des linken Nasenbeins, woselbst die abgeplattete Schrapnellkugel herausgeholt wurde. Pat. war kurze Zeit bewußtlos und hat längere Zeit erbrochen. Er gibt an, daß er längere Zeit nachher beim Gehen in falsche Richtung abirrte; auch sollen Drehbewegungen vorgekommen sein.

Erst später (nach 14 Tagen) ist er im Lazarett erregt und verwirrt gewesen, welcher Zustand seine Einlieferung in unsere Klinik veranlaßte, sich hier aber nicht wiederholte.

Nach dem Röntgenbilde ist anzunehmen, daß der Schuß um den dritten Halswirbel herumging und den Pharynx von hinten nach vorn durchbohrte und in die Nasenhöhle gelangte. In der Kleinhirnhöhle lassen sich Veränderungen nicht mehr nachweisen, doch war bei der Aufnahmeuntersuchung noch kurze Zeit Nystagmus nachweisbar.

Hier trat also die akute transitorische Psychose erst 14 Tage nach der Verletzung hervor. Derzeit sind keine Kleinhirnsymptome mehr nachweisbar und es bestehen nurmehr vage Kopfschmerzen.

5. Der Fall (Abb. 1 bis 3) betrifft einen Artilleristen mit Schußverletzung am rechten Stirnhirn durch Granatsplitter (22. Sept.). Er kam zur Untersuchung mit folgendem Befunde (30. Oktober):

Er war nicht komplett orientiert, das Sprachverständnis war gut, aber er selbst auffällig schwerfällig im Ausdrucksvermögen. Bei längerer Unterhaltung versagte die Sprache schließlich völlig, zuerst war sie skandierend, später lallend, und es fehlten ihm einfachste Worte, z. B. Bezeichnung der Finger, was er selbst peinlich emp-



fand. Rechnen war anfangs bei dem (intelligenten) Manne unmöglich. Er erkannte die vorgezeigten Gegenstände, zeigte ihren Gebrauch, jedoch fehlten ihm häufig die Worte hierfür. Die Beweglichkeit war nicht nachweislich gestört, auch die Lokomotion war relativ gut, nur schwankte er sehr stark bei Augenschluß.

Am Röntgenbild war folgendes sehr auffällig: im frontalen Bilde war streng links ein tiefer Schatten, etwa von der Größe eines kleinen Hühnereies, der wohl als Hämatom der linken Stirngegend zu deuten war. Die Hypophyse war leicht vergrößert, außerdem ein kleiner Granatsplitter auf dem linken Orbitaldache zu sehen, welcher offenbar für die vorhandene Anosmie die Ursache abgab. Rechts an der Einschußöffnung sind noch kleine Granatsplitter eruierbar. Ein Durchgangskanal durch das Gehirn ist auszuschließen.

Im weiteren Verlaufe lernte der Patient bald fließend lesen und sprechen; das Schreiben ist noch verlangsamt und fehlerhaft. Er ist völlig orientiert und verhält sich entsprechend seiner Lebenslage.

Die Wiederholung des Röntgenbildes nach 14 Tagen zeigte eine Einengung des Schattens auf der linken Stirnhirnkuppe bis zur Größe eines Markstückes. Es ging also die Besserung der klinischen Symptome und der vorhandenen Blutung schnell vor sich; auch ist die Anosmie auf der rechten Seite verschwunden, wohl aber noch links vorhanden.

Bemerkenswert ist, daß der Patient bereits attenter ist und keine Benommenheit mehr zeigt, obwohl er über Kopfschmerzen klagt. Desgleichen ist zu erwähnen, daß der Perkussionsschall im Anfang links auffällig leer war, währenddem sich die Perkussion ebendaselbst nunmehr rasch gebessert hat.

Die Diagnose war wohl zu stellen: links Hämatom an der medialen konvexen Seite des Stirnhirnes nach Einschuß in der Gegend des rechten Stirnhöckers. Durch das Röntgenbild konnte der Verlauf des Hämatoms sehr deutlich kontrolliert werden. Allgemeinerscheinungen bestanden nicht mehr als durch das Herdsymptom bedingt waren. Die Blutung gelangte allmählich zur Aufsaugung und dem parallel besserten sich die Symptome. Er konnte völlig sprachtüchtig und im Wohlbefinden entlassen werden.

6. Ein junger Offizierstellvertreter (Rechtskandidat) erhielt am 26. Oktober, als er die Front vor dem Sturmangriff noch einmal entlang lief, einen Streifschuß im linken Hinterhaupt. Er fiel nach vorn hin und blieb eine kurze Zeit bewußtlos. Hierauf mußte er noch 12 Stunden bis zur Dunkelheit im Schützengraben liegen bleiben, worauf er selbst zum Verbandplatz ging. Er soll mehrere Male im Anschluß daran erbrochen haben.

Die Untersuchung erfolgte am 30. Oktober. Patient war geordnet, attent; die Sehproben ergaben keinen deutlichen Ausfall. Die Leseprobe ging ganz prompt vor sich. Keine Störungen der Motilität. Die Sprache war ungestört. Bei Ermüdung war in den Augenmuskeln leichtes Vibrieren zu konstatieren. Beim Treppabwärtssteigen konnte er nicht abschätzen, wie hoch die Stufen waren; auch merkte er dabei, daß das rechte Bein etwas unsicherer war als das linke. Er balancierte auch schlechter auf dem rechten Bein. Trotz der guten Sprachleistung war das Schreiben auffällig gestört: aufangs war die Schriftleistung fast völlig amorph, doch besserte sich dies schon im Verlauf eines Tages in merklichem Grade. Trotzdem blieb das Diktandoschreiben auffällig gestört. Weiterhin hat auch die Probe ergeben, daß er mit der rechten Hand nicht gut Klavier spielen konnte; auch die Einzelbewegungen der rechten Hand auf Kommando gingen zunächst langsam und unbeholfener vor sich. Endlich war zu bemerken, daß das Namengedächtnis gelitten hatte, was bei seinem guten Bildungsgrade sehr evident war. Ihm selbst fiel auf, daß er jetzt schlechter rechnete und beim Einkauf nicht auszurechnen vermochte, was er auf ein größeres Geldstück herauszubekommen hatte.

Das Röntgenbild gab entsprechend des Streifschusses eine deutliche Knochenverdünnung, nicht aber eine Splitterung. Trotzdem die Beobachtung nur drei Tage dauerte, hat sich der Zustand während derselben merklich gebessert.

In diesem Falle konnte die Diagnose auf eine leichte lokale Verletzung der linken parieto-okzipitalen Gegend gestellt werden, ohne daß Knochensplitterung oder erhebliche Blutung nachweisbar war. Eine mäßige Blutung unterhalb des Tangentialschusses kann wohl nicht ausgeschlossen werden. Auffällig war die Tendenz zu rascher Heilung und zu gutem Ausgleich schon nach wenigen Tagen.

7. Der siebente Fall (Fig. IV und V) betraf einen russischen Oberleutnant, welcher eine Schußverletzung in der linken Stirn-Schläfengegend erhalten hatte und in einem Lazarett schon einmal trepaniert worden war.

Die genannte Gegend war ca. 3,0 cm im Durchmesser geöffnet und es entleerte sich durch die offene Stelle noch beim Husten, auch spontan, eine reichliche Menge Eiter. Die Zunge wich deutlich nach rechts ab,



der rechte Fazialis war deutlich paretisch. Die Augenmuskeln waren nicht betroffen. Der Patient sprach undeutlich und verstand die Sprache nicht gut, obwohl ein Dolmetsch (polnisch) herangezogen wurde. Die Arme und Hände zitterten nicht; die grobe Kraft rechts war um ein Geringes herabgesetzt. Auch war rechterseits der Patellarreflex gesteigert.

Während der ersten Untersuchung trat ein schwerer epileptischer Anfall der rechten Seite auf, beginnend mit klonischen Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte, Verdrehen der Augen anfangs nach rechts, später nach links, darauf Klonus in den rechten Extremitäten mit Verlust des Bewußtseins; hernach Unruhe der linken Körperhälfte; es folgte eine halbe Stunde Somnolenz.

In den Zwischenzeiten war Patient mobil attent, nicht benommen, suchte sich zu verständigen durch gewandte Gestik und durch diverse Aufschreibungen; dabei verstand er alle Vorschläge, die ihm gemacht wurden.

Hier hat nun das Röntgenbild rasche Orientierung gebracht: Röntgen-Frontalaufnahme: die Sinus venosi beiderseits, besonders links, sind erweitert; im linken Schläfelappen findet sich ein abnorm großer, starker Schatten. In der Durchsicht der Frontalebene erschien eine Gewehrkugel unterhalb der Trepanationsöffnung. Röntgenbild, Profilaufnahme: das Geschoß sitzt nahe der Lambdanaht, etwa 3,0 cm vom Hinterhaupt oberhalb des Sinus venosus, aufliegend auf dem Felsenbein, offenbar auch über dem Tentorium cerebelli.

Es wurde deshalb die Diagnose gestellt: Geschoß im hinteren unteren Schläfelappen über dem Tentorium cerebelli; ebendaselbst Abszeß.

Bei der Operation (Dr. Zander) wurde eine größere Zurückklappung des Schädeldaches vorgenommen, und zwar oberhalb des Processus mastoideus und in der Parietalgegend, etwa 3,0 cm von der Sagittalnaht. Vorher konnte eruiert werden Schmerzhaftigkeit der Gegend oberhalb des Processus mastoideus. Nach Freilegung des Schläfelappens konnte sofort durch Punktion etwa 5 ccm Eiter entfernt werden und die Kugel wurde mit stumpfem Instrument herausgezogen (Dr. Zander). Mit dem Drainrohr konnte deutlich konstatiert werden der Zusammenhang dieser Öffnung im Schläfelappen mit der Einschußöffnung im Stirnlappen. Beide wurden drainiert. Das Gehirn war etwas geschwollen und wölbte sich vor, trotz der vorherigen Entleerung des Abszesses.

Im Anschluß an die Operation hörten die Anfälle sofort auf und der Kranke erholte sich in wenigen Tagen merklich, doch scheint das Wortverständnis noch etwas beeinträchtigt, während Still-Lesen relativ gut von statten geht. Der rechte Fazialis ist noch deutlich schwächer und die Zunge weicht noch nach rechts ab, währenddem die Kraft des rechten Armes nur wenig der des linken nachsteht. Die Reflexe der Kniesehnen sind beiderseits gleich. Der Kranke ist derzeit (nach drei Wochen) viel attenter und vermochte einige deutsche Umgangsworte neu zu lernen. In seinem Gebaren ist er nicht auffällig.

Die Untersuchung ergab seither gute Abheilung der Wunde. Das Sprachverständnis besserte sich sichtlich, die Anfälle blieben aus, die Schwäche der rechten Hand besserte sich erheblich. Er konnte auch weiterhin sich primitive Kenntnisse in der deutschen Sprache neu erwerben.

In diesem Falle mußte die Diagnose gestellt werden auf Schußverletzung des linken mittleren Stirnhirnes bis zum unteren hinteren Schläfelappen, kompliziert durch hinzutretende Eiterung und Verbleiben der Kugel im Gehirn, was offenbar die Ursache der halbseitigen und allgemeinen Krämpfe gewesen ist. Trotzdem ist auffällig, daß die Benommenheit außerhalb der Anfälle eine geringe war. Es bestand eine gute Orientierung und Anpassung an die Lebenslage, also eine relativ schwere Hirnschußverletzung mit relativ geringen Allgemeinerscheinungen.

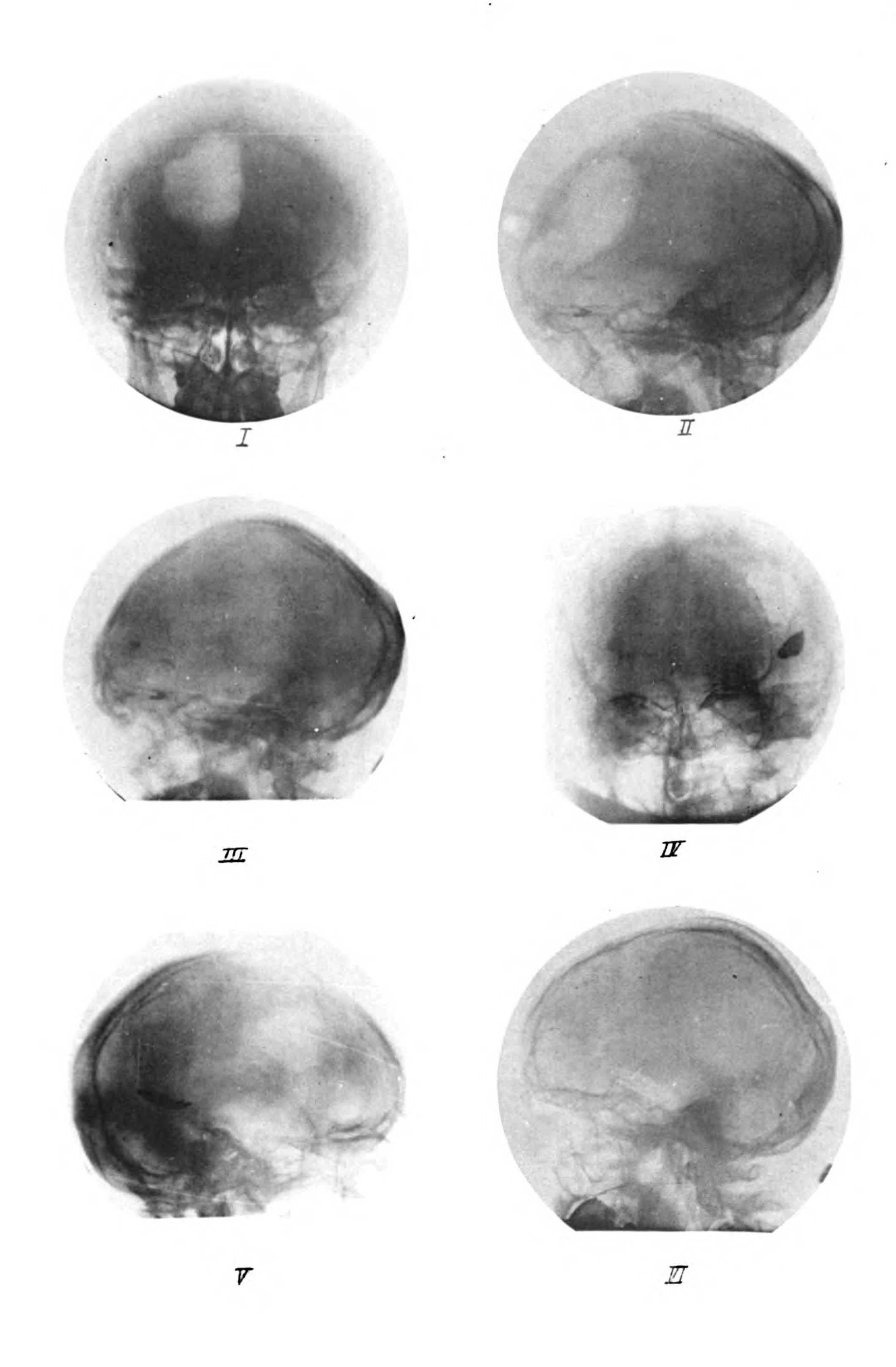
8. (Fig. VI.) Bei einem intelligenten Leutnant erfolgte eine Gewehrschußverletzung in der Gegend der mittleren Lambdanaht durch das Hinterhaupt hindurch, ein zweiter Schuß etwa beim dritten Halswirbel vorbei gelangte in die hintere Schlundwand, die Kugel durchschlug diese und sauste zum Munde heraus.

Nach den eigenen Mitteilungen erfolgte nachher mehrere Tage Bewußtlosigkeit. Als er wieder zu sich gekommen sei, habe er viel erbrochen und an einem „elenden" Schwindel gelitten. Erst nach einiger Zeit erinnerte er sich, daß er auch einen zweiten Schuß in den Nacken bekommen hatte.

Das Röntgenbild (Profilaufnahme) zeigte noch im Hinterhaupt die Durchschußöffnung knapp oberhalb des Sinus transversus, auch einen Schatten auf der oberen Kontur der Kleinhirnhöhle, die wohl als Rest der Blutung anzusprechen ist.

Bei der ersten Untersuchung war noch deutlicher Nystagmus, Schwindelgefühl und mangelnde Körperbalance zu verzeichnen, dagegen keinerlei Lähmung oder Sprachstörung. Patient hat sich dann im Verlaufe einiger Wochen derart erholt, daß der Nystagmus verschwand und auch die Körperbalance wieder fast normal wurde, doch traten zeitweise noch Schwindelgefühle auf. Er hat seit-




I
II
III
IV
V
VI

dem bereits versucht, den Dienst in milderem Grade wieder aufzunehmen; doch ist er noch schonbedürftig. Sein psychisches Vermögen ist unversehrt, auch ist keine Neigung zu Klagen zu eruieren.

9. In einem Falle wurde ein Leutnant durch einen Tangentialschuß, der das linke Hinterhaupt streifte, betroffen, und das Röntgenbild zeigt noch deutlich Verdünnung des Knochens. Nachher war rechtsseitige Lähmung und Sprachstörung eingetreten, welch letztere im Verlaufe einiger Wochen vollständig zurückgingen. Die Schwäche der rechten Hand markierte sich mehrere Wochen später nurmehr in der deutlichen Behinderung der Einzelbewegungen, zum Beispiel beim Kommando, die einzelnen Finger zu zeigen. Auch in diesem Falle ist das geistige Vermögen unversehrt geblieben. Patient hat sich trotz ärztlichen Rates bereits wieder zum Dienste gemeldet. —

Mit dieser allerdings skizzenhaften Mitteilung der Erfahrungen soll zunächst erwiesen werden, daß auch schwere Verletzungen des Gehirns durch Geschosse das seelische Vermögen und die gesamte Persönlichkeit weniger in Mitleidenschaft ziehen, als dies scheinbar unblutige Kopferschütterungen bewirken.

Die glatt durchschlagenden Geschosse scheinen, wie auch Payr jüngst mitteilte, weniger mit Komplikationen sich zu vergesellschaften. Es scheint, daß dabei die Symptome der allgemeinen Hirnpressung und deren Folgezustände weniger in Erscheinung treten können.

Die Tangentialschüsse, welche mit Knochenversplitterungen einhergehen, sind wohl für das Gesamtbefinden ungünstiger. Doch konnte ich zwei Fälle mitteilen, wo solche Knochensplitterungen ausblieben und die Verbesserung der Gesamtleistung auffällig rasch von statten gehen konnte. Es wird wohl im Röntgenbilde danach zu fahnden sein, ob der Tangentialschuß mit oder ohne Splitterung einherging. Seitherige Erfahrungen haben häufig Befund von Knochensplitterung ergeben.

Die große Geschwindigkeit der durchschlagenden Geschosse scheint in einzelnen Fällen eine raschere Heilung zu ermöglichen, wohingegen jene Schüsse, welche mit allgemeinen Erschütterungen einhergehen, auch noch von Spätfolgen heimgesucht werden. Mit anderen Worten: die glatt durchgehenden Geschosse erzeugen weniger Wirkung der Erschütterung und der Gehirnpressung.

Am Schlusse glaube ich auch die große Beihilfe und Klärung durch Röntgenbilder verschiedener Ebenen, insbesondere die Schädelprofilebenen und Schädelfrontalebenen, auf Grund der bisherigen Erfahrungen als besonders wertvoll bezeichnen zu können. Der Fall 7 zeigt, daß die Lokalisation der Kugel im Schädel nur durch zwei Ebenen illustriert werden kann.

Die ärztliche Erfahrung hat in diesem Kriege bereits gelernt, daß auch Erschütterungen und akute Luftdruckschwankungen an und für sich schwer dauernde Hirnsymptome hervorbringen können, ohne daß überhaupt eine Verwundung durch ein Geschoß erfolgt. Die Beurteilung der einzelnen Verletzungen beansprucht daher eine gesonderte Bewertung, und zwar die Verletzungen und die Gewebsdurchtrennungen an und für sich und andererseits die Wirkung der Allgemeinerschütterung, der Lokomotion. Die letztere hat wohl den komplizierteren Mechanismus; es kommen dabei in Betracht: die molekulare Erschütterung, die sogenannte Gehirnpressung (Kocher), die akuten Verschiebungen der Gehirnflüssigkeit, die Erschütterungen im allgemeinen Gefäßbaum, auch das darauffolgende Ödem. Gewiß spielen dabei die vasomotorischen Phänomene eine große Rolle, welche nicht allein durch die mechanische Erschütterung ausgelöst werden, sondern in welchen wir auch kompliziertere vasomotorische Reflexvorgänge sehen müssen. Für die letztere Annahme spricht unter anderem der Umstand, daß auch der psychische Schok in den Wirkungen der allgemeinen mechanischen Erschütterung nahekommt. Jedenfalls ist für den allgemeinen psychischen Zustand, für dessen spätere Gestaltung das Moment der allgemeinen Erschütterung von größerer Wichtigkeit als lokale Gewebsdurchtrennungen ohne erhebliche Erschütterung.

Erklärung der Abbildungen:

Fig. I, Frontalansicht von Fall 5, zeigt besonders die Blutung innerhalb des intakten Schädels rechts, außerdem links die Einschußöffnung.

Fig. II, Profilansicht von Fall 5, läßt die Ausdehnung der Blutung im linken Stirnhirn erkennen, außerdem einen kleinen Granatsplitter in der rechten Orbitalgegend, der die rechtsseitige Anosmie bewirkte.

Fig. III zeigt im Fall 5 das linke Stirnhirn nach der Resorption der inneren Blutung.

Fig. IV illustriert Fall 7: im linken Stirnhirn die Einschußöffnung und die Folgen einer vorgenommenen Trepanation; es tritt auch der Abszeß in der Schläfegegend hervor.

Fig. V illustriert die wirkliche Lage des Geschosses bei Fall 5 im hinteren Schläfehirn oberhalb des Tentorium cerebelli. Die Kugel wurde herausge-



nommen nach Aufklappung und der dort befindliche Abszeß entleert und drainiert.

Fig. VI zeigt über der hinteren Schädelgrube die kleine Einschußöffnung im Hinterhaupt, außerdem Andeutung der Blutung über dem Kleinhirn. Die Durchschußöffnung vom Genick nach der hinteren Pharynxwand ist nurmehr angedeutet (Fall 8).

Mitteilungen.

— **Über Geisteskrankheiten und andere Entartungszeichen im Indischen Reich.** Bei Gelegenheit der Volkszählungen im indischen Reich, die alle zehn Jahre stattfinden, wird auch immer die Häufigkeit gewisser Gebrechen festzustellen versucht. Vollständig fallen diese Erhebungen nicht aus; es ist vielmehr sicher, daß in vielen Fällen den Zählbeamten die Gebrechen, die gewöhnlich als Schande gelten, absichtlich verheimlicht werden. Die Zahl der ermittelten Geisteskranken nahm von 81 132 (1881) auf 74 279 (1891) und 66 205 (1901) ab; im folgenden Jahrzehnt trat eine Zunahme auf 81 006 ein; auf 100 000 Einwohner kamen 1881 35, 1891 27, 1901 23 und 1911 26 Geisteskranke. Es sei gleich erwähnt, daß auch die Häufigkeit der anderen Gebrechen von 1881 bis 1901 ab- und im letzten Jahrzehnt wieder zunahm. Das ist so zu erklären, daß Hungersnöte, die schwache und mit Gebrechen behaftete Personen am schwersten betreffen, weil diese selbst am wenigsten oder gar nicht für ihren Unterhalt sorgen können, in der Zeit von 1881 bis 1901 viel häufiger und verheerender auftraten als von 1901 bis 1911. Im letzten Jahrzehnt hat dagegen die Pest eine Übersterblichkeit von mindestens 6 1/2 Millionen Personen verursacht und dieser Seuche fielen gesunde Personen, die mehr als die Kranken mit anderen in Berührung kommen und der Ansteckungsgefahr ausgesetzt werden, relativ häufiger zum Opfer. Zudem ist wohl die letzte Zählung weniger lückenhaft ausgefallen wie die vorausgegangenen Zählungen. Beim männlichen Geschlecht waren von 100 000 Personen geisteskrank: 1911 31 und 1901 28; die entsprechenden Zahlen für das weibliche Geschlecht waren 1911 20 und 1901 17. Von den einzelnen Verwaltungsgebieten weist Birma die größte Häufigkeit der Geisteskrankheiten auf; hier waren 1911 85 von 100 000 männlichen und 74 von 100 000 weiblichen Personen geisteskrank. Weit über dem Durchschnitt steht die Häufigkeit der Geisteskrankheiten ferner in Belutschistan, in der Nordwestgrenzprovinz, in Assam und in Bengalen; von Bengalen abgesehen sind das Gebiete, wo der Hinduismus und das Kastensystem wenig Einfluß haben. Verhältnismäßig die wenigsten Geisteskranken gibt es dagegen in der zentralindischen Agentie, in Kurg, in Sikkim und in der neugeschaffenen Provinz Bihar und Orissa. Die geringe Häufigkeit der Geisteskrankheiten im indischen Reich und ganz besonders im hinduistischen Indien ist unter anderen wohl auf das Kastensystem zurückzuführen, das gesellschaftliche Stabilität begünstigt: es hat jeder an dem Platz zu bleiben, an den er durch die Geburt kam; persönliches Streben hat so gut wie keine Aussichten. Die wirtschaftlichen Verhältnisse sind einfach und verursachen nicht entfernt die Aufregung und Anspannung wie unser europäisches Wirtschaftsleben. Ebenso fallen in Indien die Aufregungen des Liebeslebens weg, die in Europa oft Anlaß zu Geistesstörungen geben, denn innerhalb der Hindugesellschaft bestimmen die Angehörigen über die Eheschließung, und namentlich bei den besser situierten Klassen leben die geschlechtsfähigen weiblichen Personen in strenger Abgeschlossenheit. Beziehungen zwischen der Zugehörigkeit zu bestimmten Kasten und der Häufigkeit der Geisteskrankheiten scheinen nicht zu bestehen. Dagegen scheint es, daß bei der lebhafteren mongolischen und iranischen Bevölkerung der Grenzprovinzen mangelhafte geistige Veranlagung erheblich leichter in die Erscheinung tritt als bei der trägen Bevölkerung der vorderindischen Halbinsel.

Mit angeborener Taubstummheit behaftete Personen wurden im indischen Reich gezählt: 1881 197 215 (86 auf je 100 000 Einwohner), 1891 196 861 (75), 1901 153 186 (52) und 1911 199 891 (64). Die Zählung von 1901 war sicher weniger vollständig als die vorausgegangene und die darauffolgende. Im Jahre 1911 waren von je 100 000 männlichen Personen durchschnittlich 74 und von 100 000 weiblichen Personen 53 seit Geburt taub. Angeborene Taubheit ist in Indien ungefähr ebenso häufig als in Europa. Auch in Indien befindet sich Taubheit in örtlichem Zusammenhang mit Kretinismus und Kropf.

Die Zahl der Blinden nahm von 526 748 (1881) auf 458 868 (1891) und 354 104 (1901) ab und dann auf 443 653 (1911) zu; auf je 100 000 Einwohner kamen Blinde: 1911 142, 1901 121, 1891 167 und 1881 229. Während Geisteskrankheit und Taubheit beim männlichen Geschlecht häufiger ist als beim weiblichen, ist bei Blindheit das Umgekehrte der Fall: Sie befällt weibliche Personen häufiger als männliche; im Jahre 1911 waren von 100 000 männlichen Personen durchschnittlich 138 und von 100 000 weiblichen Personen durchschnittlich 145 blind. In dem amtlichen Bericht über die Volkszählung von 1911 wird die größere Häufigkeit der Blindheit beim weiblichen Geschlecht damit erklärt, daß die weibliche Bevölkerung einen viel größeren Teil ihrer Zeit in den dunklen und rauchigen Wohnungen zubringt als die männliche Bevölkerung. Weibliche Personen nehmen auch (bei Augen- wie bei anderen Krankheiten) weit seltener ärztliche Hilfe in Anspruch als männliche Personen. Lokal ist Blindheit in den Trockengebieten mit ihrer argen Staubplage am häufigsten und in den feuchten Gebieten am seltensten. (Naturwissenschaft. Wochenschrift, Jena, 8. November 1914.)

H. Fehlinger.



— Dem Jahresbericht der ostpreußischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt **Tapiau** für 1913 entnehmen wir: Im Frühjahr erkrankten in mehrwöchigen Zwischenräumen nacheinander 3 Pflegerinnen an Typhus; es gelang, eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Die Quelle der Ansteckung lag in allen drei Fällen klar zutage, da die betreffenden Pflegerinnen auf der Abteilung Dienst getan hatten, die für die Unterbringung der Typhusbazillen ausscheidenden Geisteskranken bestimmt ist. Alle drei sind wieder hergestellt.

Die bakteriologische Untersuchung aller in die Anstalt eintretenden Geisteskranken wie Angestellten hat mehrfach zur Auffindung von sogenannten Bazillenträgern geführt und sich damit als Schutzmaßnahme auch weiterhin notwendig erwiesen.

— **Wien.** Dem Psychiater Universitätsprofessor Hofrat Dr. Julius Wagner v. Jauregg in Wien und seinen Mitarbeitern bewilligte die Wiener Akademie der Wissenschaften 5000 Kr. für die Fortführung ihrer Untersuchungen über Kropfätiologie.

Anstaltsnachrichten.

— **Städtische Heil- und Pflegeanstalt Dresden.** Im Felde: Oberärzte Dr. Flatau und Dr. Schob, Anstaltsarzt Dr. Kahl, Hilfsärzte Dr. Heinel und Dr. Röder; außerdem zum Militär einberufen Anstaltsarzt Dr. Geyer. — In der Anstalt tätig: I. Abteilung (Aufnahmestation für Geisteskranke; jährlich über 1300 Aufnahmen; Bestand 96): Dirigierender Arzt Geh. Sanitätsrat Dr. Ganser, Oberarzt Dr. Oehmig, Anstaltsarzt Dr. Steynes, Aushilfsärztin Dr. Cordes. II. Abteilung (Pflegeanstalt für chronisch Geisteskranke; Bestand 590): Oberarzt Dr. Campbell, Anstaltsarzt Dr. Kaiser. III. Abteilung (Pflegeanstalt für Körperlich-Sieche und harmlose Geisteskranke): Dirigierender Arzt Sanitätsrat Dr. Hecker, Aushilfsarzt Dr. Wolf. — Es sind bisher 21 geisteskranke Soldaten zur Aufnahme gelangt. — Auf der Männerseite der III. Abteilung ist weibliches Pflegepersonal eingeführt worden, zum Teil soll dies auch in der ersten Abteilung geschehen. — Für Januar-Februar 1915 sind dem Kriegsministerium 250 Betten für verwundete oder sonst erkrankte Krieger zur Verfügung gestellt worden.

— **Großh. Badische Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.** Die Anstaltsärzte Dr. Kühne und Dr. Grundler, Hilfsarzt Dr. Moog und Medizinalpraktikant Schenzinger sind im Felde. — Zurückgeblieben sind der Direktor Geh. Med.-Rat Dr. Haardt, die Anstaltsärzte Medizinalräte Dr. Nadler, Dr. Feldbausch, Dr. Fuchs, Anstaltsarzt Dr. Gelbke und Dr. Hummel. — Der Krankenbestand beträgt 1276 Die Normalbelegung ist 925. — Es ist ein Lazarett für 36 verwundete Soldaten zur Verfügung gestellt, aber noch nicht in Anspruch genommen. — Bisher wurden 47 geisteskranke Soldaten aufgenommen.

— **Provinzialheilanstalt Warstein** (Westfalen). Zum Militärdienst einberufen: Oberarzt Dr. Scherenberg, Abteilungsarzt Dr. Maurer und Abteilungsarzt Dr. Paasche. — Zurückgeblieben sind: Oberarzt Dr. Schmidt, Oberarzt Dr. Holzer, Abteilungsarzt Dr. Wegener und Abteilungsarzt Dr. Günther. Zwei Arztstellen sind unbesetzt. — Krankenbestand am 1. Dezember: 1464. — Geisteskranke Soldaten wurden bisher nicht eingeliefert. — Ein Reservelazarett ist nicht eingerichtet.

— Aus den **Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und Idioten** gingen ins Feld: Der Direktor Dr. Kluge (inzwischen Oberarzt der Reserve geworden), Oberarzt Dr. Schulze, Anstaltsarzt Dr. Berendes, beide inzwischen Stabsarzt geworden; ferner freiwillig der Assistenzarzt Hoffmann. — Zurückgeblieben drei Ärzte: die Oberärzte Dr. Gallus und Dr. Lahse und Anstaltsarzt Ehlers. Seit dem 2. September fungiert hier noch, von der Behörde einberufen, Dr. Kiel. — Für flüchtige Ostpreußen war vom August bis Oktober ein Haus mit 28 Betten zur Verfügung gestellt und zeitweilig ganz damit belegt. Mitte November mußten hier 190 ostpreußische Epileptikerinnen aus Carlshof nebst dem zugehörigen Personal, insgesamt 221 Personen, aufgenommen werden. Seit dem 16. Dezember befinden sich davon noch 60 hier. — Ein Vereinslazarett von 80 Betten ist etabliert und seit Mitte Dezember bis auf einige Plätze mit verwundeten und kranken Soldaten belegt. — Der Krankenbestand beträgt Ende Dezember 1356 Köpfe (einschließlich der Familienpfleglinge, aber ohne die Einquartierung).

— **Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg.** Im Felde: Hilfsarzt Dr. Küffner. — Zurückgeblieben: Direktor Dr. Oetter, Anstaltsarzt Dr. Faas, letzterer als unabkömmlich gemeldet. — Krankenbestand: 306 — Für verwundete Krieger, Geisteskranke und Erholungsbedürftige sind im ganzen 75 Plätze zur Verfügung gestellt, von denen ca. 30 ständig belegt sind.

— **Anstalt Wuhlgarten bei Berlin.** Da hier vorwiegend gediente Leute als Pfleger eingestellt werden, wurden seit Beginn des Krieges von 118 Pflegern 76 zum Heeresdienst eingezogen. Von ihnen sind bisher vier, außerdem ein Heizer, mit dem Eisernen Kreuze ausgezeichnet worden, darunter einer mit dem II. und I. Klasse.

— **Heilanstalt Kaufbeuren** (Schwaben). Im Felde stehen von den Ärzten der Anstalt: die Anstaltsärzte Dr. Edenhofer, Dr. Lenhart, Dr. Fuchs; Hilfsarzt Dr. Berg; Medizinalpraktikant Dr. Peiser, Dr. Hohl. — Zurückgeblieben sind: Medizinalrat Dr. Prinzing, Oberarzt Dr. Eisen; neugewonnen wurde Volontärarzt Dr. Zierl. — Krankenbestand: 820.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Gießen.** Privatdozent der Psychiatrie und Nervenkrankheiten Dr. Kurt Berliner wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

— **Görlitz.** Dr. Josef Reis, Arzt an der Dr. Kahlbaumschen Nervenheilanstalt in Görlitz, hat als Stabs-



arzt in einem Reserve-Infanterie-Rgt. in Russisch-Polen das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

— **Heilanstalt Kaufbeuren** (Schwaben). Med.-Prakt. Dr. Peiser erwarb sich das Eiserne Kreuz.

— **Großh. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.** Hilfsarzt Dr. Warth, Leutnant der Reserve im 5. Bad. Feldart.-Reg. Nr. 76, erhielt das Eiserne Kreuz.

— **Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg.** Der bisherige I. Hilfsarzt Dr. Faas wurde vom 1. Januar 1915 ab zum K. Anstaltsarzt ernannt.

— **Lüben i. Schl.** Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Dr. Bresler, zurzeit Stabs- und Regimentsarzt im Dragonerregiment Nr. 4, wurde durch Allerhöchste Kabinettsordre vom 28. November 1914 zum Oberstabsarzt befördert.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt in Holstein.** Oberarzt Dr. Metz, bei der III. Abteilung 46. Reserve-Feldartillerie-Regiment, erhielt auf dem westlichen Kriegsschauplatz das Eiserne Kreuz.

— **Provinzialanstalten für Epileptische und Idioten, Potsdam.** Der Direktor, Dr. Kluge, ist mit dem Eisernen Kreuz II. Klasse ausgezeichnet worden.

— **Prag.** Der Privatdozent für Psychiatrie Dr. Johann Jansky erhielt den Titel eines außerordentlichen Universitäts-Professors.

— **Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.** Oberarzt Dr. Dost und Stabsarzt Dr. Sievert (Arzt der mit der Anstalt verbundenen Nervenheilanstalt „Maria-Anna-Heim"), die zurzeit im Felde stehen, haben das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

— **Provinzialheilanstalt Warstein** (Westfalen). Am 1. Januar 1915 ist der Abteilungsarzt Dr. Widmann von der Provinzialheilanstalt Marsberg in gleicher Eigenschaft nach hier versetzt.

— **Anstalt Wuhlgarten bei Berlin.** Oberarzt Dr. Herm. Schmidt, der als Stabs- und Regimentsarzt in Belgien steht, erhielt gleich in der ersten Zeit das Eiserne Kreuz II. Klasse. — Oberarzt Dr. Ernst Veit, seit dem 14. Oktober 1902 im Dienst der Anstalt, seit 1. Juli 1096 als Oberarzt, verstarb, 48 Jahre alt, am 21. Dezember 1914.

— Das **„Mastisol-Oettingen"** ist eine auf Grund langjähriger Versuche und Erfahrungen nach eigenen in- und ausländischen Patenten hergestellte Harzlösung, die in geschlossener Flasche selbst in den Tropen unverändert haltbar ist. Beim Aufstreichen auf die Haut verdunstet das Lösungsmittel sehr rasch und hinterläßt in ganz dünner, stark klebriger Schicht die eigentliche Mastisolsubstanz, welche auch unter ungünstigsten Umständen, z. B. bei Zugverbänden, keinerlei Reizerscheinungen hervorruft. Die Haare der bestrichenen Hautfläche werden an die Haut festgeklebt, das daraufgelegte Verbandmaterial wird unverschieblich festgehalten, läßt sich aber trotzdem jederzeit bequem und schmerzlos entfernen, ohne daß die Haare, wie beim Heftpflaster, daran haften und gewaltsam abgelöst werden müssen. Diese klebrige Schicht bildet aber kein Häutchen (wie z. B. Kollodium, Gaudanin, Chirol), das sich durch die Transpiration abhebt und dann eine Brutstätte für Bakterien entstehen läßt. Vielmehr „arretiert" es alle Verunreinigungen und Bakterien durch harzige Umhüllung, so daß jede Infektion der Wunde von der Umgebung aus völlig verhindert wird.

Das Mastisol steht daher auch in gewissem Gegensatz zur Jodpinselung. Diese bewirkt lediglich eine Gerbung der Haut und nur hierdurch eine Festlegung der Bakterien, aber auch nur, insoweit die Haut trocken war und auch trocken bleibt. „Wird die bepinselte Hautfläche feucht, so wird, wie man am Ende jeder Laparotomie beobachtet, ein großer Teil der Jodtinktur fortgeschwemmt, und aus der Tiefe der Haut lassen sich alsdann zahllose Bakterien züchten." Jodpinselung ist daher wertlos bei stark blutenden Wunden und in der Umgebung aller Arten von Fisteln. Streng zu vermeiden ist sie, wo freier Darm mit ihr in Berührung kommen könnte. Dem Laien soll sie überhaupt nicht überlassen werden. Dagegen wird die Wirkung des Mastisol durch Nässe nicht aufgehoben. Es kann, ohne der Wirkung Einbuße zu tun, durch Blut gepinselt werden. In der Hand des Laien ist es unschädlich.

Eine wertvolle Eigenschaft des Mastisols ist es, wie schon erwähnt, daß es die Verbandstoffe, welche auf die gepinselte Fläche aufgelegt werden, festhält, so daß sie nicht rutschen. Hierdurch ist man unabhängig von der Anwendung des Heftpflasters, das ja oft erhebliche Belästigungen und Schädigungen hervorrufen kann. Auch die Verwendung von Binden wird erheblich eingeschränkt, in sehr vielen Fällen erübrigen sie sich vollständig. Kirschner, Königsberg, berichtete (in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im März 1913) aus dem Balkankriege, daß mit Mastisol fixierte Verbände





tadellos in Sofia ankamen, auch nach tagelangem Transport über schlechte Wege auf Ochsenkarren, ohne Unterlagen und Decken.

Über die Vorzüge des Mastisol-Verfahrens äußert sich van Tienhoven (Hamburgische medizinische Überseehefte 1914, 2) auf Grund seiner in den jüngsten Balkankriegen gemachten Erfahrungen in mehr als 2000 Fällen. Er faßt dieselben in folgende Leitsätze zusammen: 1. Durch seine Einfachheit wird viel Zeit gespart. 2. Die erreichte Asepsis ist eine absolut sichere. 3. Man erspart Verbandstoffe, da sehr wenig Binden mehr gebraucht werden. 4. Durch die Bakterienarretierung und Verbandstoffixierung ist eine Sekundärinfektion der Wunde von seiten der Wundumgebung ausgeschlossen. 5. Man kann die Haut leicht vollkommen und bis an die Wundränder heran steril machen. 6. Die Mastisolmethode erspart dem Patienten das für ihn unangenehme und schmerzhafte Waschen. 7. Der Verbandswechsel geht sehr schnell und ohne Schmerzen vonstatten. 8. Man erspart dem Patienten oft die Anlegung eines sonst notwendigen, warmen, staubfesthaltenden Verbandes (besonders in der heißen Jahreszeit und in den Tropen von Wichtigkeit). 9. Mastisol reizt die Haut nicht, wie Jodtinktur usw. 10. Die Hautatmung wird durch Mastisol in keiner Weise beeinträchtigt. 11. Mastisol ist in den Tropen nicht dem Verderben ausgesetzt, wenn es gut verschlossen aufbewahrt wird. 12. Man ist völlig unabhängig vom Wasser. 13. Die Mitführung von Mastisol ist äußerst einfach und nimmt so gut wie gar keinen Platz in Anspruch. 14. Bei der Händedesinfektion werden Bürste, Seife, Alkohol und Sublimat erspart. Die Hände werden geschont, die durch das Waschen mit Sublimat und Alkohol spröde und rissig werden. 15. Die in heißen Gegenden so wichtige Fußpflege auf Märschen gestaltet sich mittels Mastisol und Köperstoff so einfach, daß Wundlaufen völlig vermieden werden kann.

Mastisol wird in den Handel gebracht von der Firma Gebrüder Schubert, Chemische Fabrik, Berlin NW. 5, Quitzowstraße 18/23.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh,** Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Ruhestühle ∘∘∘∘ **Transport-Körbe** aus Rohr u. Weiden

Liegestühle ∘∘∘∘ **Moderne Rohrmöbel** liefert billigst

Heinrich Franke, Korbwarenfabrik, Nürnberg

Persil

das **selbsttätige** Waschmittel
ist ein wissenschaftlich anerkanntes
Desinfektionsmittel für Wäsche
(cf. Zeitschrift „Desinfection" Jahrgang 4, Heft 9; Dr. Croner, „Lehrbuch der Desinfektion", Leipzig 1913).



Persil

INTERNATIONALE HYGIENE-AUSSTELLUNG DRESDEN 1911

wäscht und bleicht schnell und mühelos Operations- und Patientenwäsche! Die Wäsche duftet frisch nach Rasenbleiche! Garantiert unschädlich für die Stoffe! Gefahrlos für den Verbraucher!
Käufl. in sämtl. Drogen-, Kolonial- und Seifengeschäften.
Henkel & Co., Düsseldorf.



Metallbetten aller Art

speziell für Kranken- und Siechenhäuser, Sanatorien, Sommerfrischen usw. von einfachster bis vornehmster Ausführung.
Polstermatratzen, Schonerdecken, Reformunterbetten, Leib-, Daunen- und Steppdecken, Reformkopfkissen, Bettverkleidungen, Wäsche usw.
Verlangen Sie bitte unseren vorzüglich ausgeführten Katalog
Fortuna-Betten-Fabrik G. m. b. H.
Remse (Mulde)

Für die Einrichtung von Sanatorien und Kurhäusern



Schutzmarke für Alpacca-Silber I

empfiehlt **schwer versilberte**
Alpacca-Silber-Bestecke und **Tafelgeräte** sowie
Rein-Nickel-Kochgeschirre, Rein-Nickel-Kessel
für Dampfkochanlagen aller Größen und Formen, in einem Stück gearbeitet
die **Berndorfer Metallwaren-Fabrik Arthur Krupp, Berndorf N.-Ö.**



Schutzmarke für Rein-Nickel

Vertreter: **F. Hinko,** Ingenieur, **Wiesbaden**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Die Irrenpflege

Monatsschrift f. Irrenpflege und Krankenpflege,
zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten und zur Vertretung der Standesinteressen desselben.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Wickel,
Dziekanka (Posen).
Bezugspreis pro Halbjahr M 3,–
—— Probenummern kostenlos. ——

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie

von
Dr. med. **Kurt Witthauer** †,
Oberarzt am Diakonissenhaus in Halle a. S.
Vierte Auflage — Mit 99 Abb.
Preis in Leinwand gebunden M. 3,—.

Goosmanns Marine-Scheuertuch und Goosmanns Seife
sollten in keinem Betriebe fehlen.
Lieferant:
S. Goosmann, Bremen
Langenstraße 115.
Prospekte gratis.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 43/44. 30. Januar **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Zum 50jährigen Bestehen der Irrenanstalt Friedrichsberg.

Am 18. November 1914 sind 50 Jahre verflossen, seit die ersten Kranken in Friedrichsberg, der Irrenanstalt des Staates Hamburg, aufgenommen wurden. Es ist in ernster Kriegszeit nicht angemessen, friedliche Jubiläen zu feiern, doch geziemt es wohl nunmehr ein ernstes Gedenken an das, was die Anstalt, die bei ihrer Gründung vorbildlich dastand, an sozialer und ärztlicher Hilfe geleistet hat und fernerhin erwarten läßt.

Als am 1. Oktober 1818 beschlossen wurde, ein Krankenhaus in Hamburg zu erbauen, wurde auch der Plan erwogen, eine davon abgesonderte Anstalt für die Gemütskranken zu errichten, die bis dahin mit den anderen Kranken im Pesthof zusammen untergebracht waren. In den Jahren 1820 bis 1823 entstand das Allgemeine Krankenhaus in St. Georg; man dachte daran, einen 4. Seitenflügel als Irrenanstalt anzubauen. Indes regte Bürgermeister Abendroth 1825 wieder den Plan einer besonderen Irrenanstalt an und am 15. November 1827 stimmte der Senat dem Bau einer Heilanstalt für heilbare Gemütskranke zu. Am 15. Oktober 1835 wurde hierzu der dem Allgemeinen Krankenhaus benachbarte Platz nach dem Lübeckertor zu gewählt, doch wurde dieser 1839 durch ein Gutachten des berühmten Irrenarztes Roller in Illenau mit Recht als absolut untauglich bezeichnet. Der Plan des folgenden Jahres, auf der Kuhmühlenwiese einen Platz zu erwerben, wurde wieder verworfen.

Am 25. November 1840 genehmigte der Senat den vom großen Krankenhauskollegium eingeleiteten Ankauf eines Geländes zwischen Barmbeck und Wandsbeck; es wurden 36 000 Mark Kurant gezahlt, doch erfolgte bald noch ein Zuwachs des Geländes. Nun wurde geplant, dort eine Heil- und Pflegeanstalt zu errichten, die alle Geisteskranken, mit Ausnahme der im Krankenhaus zurückzulassenden Idioten, aufnehmen sollte, wobei man 500 Kranke und 100 Angestellte annahm.

Ein Bauplan des Baudirektors Wimmel, nach dem mehr als ein Drittel der Kranken die Wohn- und Schlafräume im Kellergeschoß haben sollte, wurde von Dr. Bülau verworfen. Ein zweiter Plan des gleichen Architekten ging dahin, eine Heilanstalt für 184 und eine Pflegeanstalt für 413 Irre zu errichten, doch trat dagegen ein Gutachten Rollers auf, der dringend empfahl, nicht mehr als 350 Irre in einer Anstalt unterzubringen; die Blöden, Stumpfsinnigen und gänzlich Unheilbaren sollten ausgeschlossen werden. Weitere Pläne, so von seiten des Architekten Rösing, wurden zurückgestellt infolge der Bewegung des Jahres 1848. Im Jahre 1854 wurde eine Vergrößerung des Allgemeinen Krankenhauses beschlossen und dabei betont, daß der Plan einer separaten Irrenanstalt wegen der großen Bau- und Betriebskosten zurückgestellt sei, während im Jahr darauf bereits der um Hamburg hochverdiente Dr. Julius eine Reihe von Zeugnissen deutscher Irrenärzte über die Notwendigkeit einer besonderen Irrenanstalt herausgab, wobei hervorragende Fachmänner wie Damerow, Fleming, Hoffmann, Roller, Zeller und andere in lebhaften Worten die Errichtung einer besonderen Irrenanstalt als eine Ehrenpflicht Hamburgs auffaßten. Die Irrenstation des Krankenhauses, die zum großen Teil in kellerartigen Räumen untergebracht war, erhielt 1858 wenigstens einen eigenen Oberarzt, Ludwig Meyer, der im Jahr darauf eine Preisaufgabe des Fürsten Damidoff, den Plan einer idealen Irrenheilanstalt zu entwerfen, gelöst hat und sich dadurch für die seiner harrende Aufgabe aufs trefflichste empfahl.

Neue Anregung brachte am 3. April 1860 ein Aufruf von Krankenhausprovisoren und Ärzten, in dem es als unnötig bezeichnet wird, Hamburgs Pflicht zum Anstaltsbau zu beweisen, da sie ein jeder fühle und anerkenne und niemand gewiß ohne Schmerz den Vorwurf des Auslandes gehört haben werde, daß das reiche Hamburg nicht die Mittel besäße, für seine Irren ein selbständiges Asyl zu errichten. Fünf Wochen später erging ein Aufruf mit Subskriptionsbogen, wobei eine Anstalt von 240 Plätzen angestrebt werde, die etwa 500 000 Bco. kosten werde. Am 3. August 1860 setzte der Senat eine Kommission von sieben Mitgliedern ein, die am 13. Oktober zur ersten Sitzung zusammentrat. Dr. Ludwig Meyer besichtigte darauf mit Architekt Chr. Timmermann eine Reihe deutscher und ausländischer Irrenanstalten. Ärztlich wurde nun vorgeschlagen, in Barmbeck außer einem Gebäude für 40 Pensionäre noch eine eigentliche Irrenanstalt mit 200 Betten zu errichten, wohin die Heilbaren und außerdem die Besserungsfähigen gelangen sollten, die geistig und körperlich ein Anrecht auf einen weiteren Kreis von Tätigkeit und Lebensgenuß zu haben schienen. Mit Recht sprach sich L. Meyer dahin aus, daß eine scharfe Trennung zwischen Heilbaren und Unheilbaren undurchführbar sei, weshalb eine kombinierte Heil- und Pflegeanstalt das Beste sei, wenn auch die ganz besserungsunfähigen, die blöden und stumpfsinnigen sowie die siechen und körperlich gebrechlichen Irren in Bewahranstalten unterzubringen seien.

Der Senatsantrag vom 8. Juli 1861 gab zu, daß man, wenn nicht pekuniäre Rücksichten vorlägen, außer einer Heil- und Pflegeanstalt für Heilbare und Besserungsfähige auch aber eine Pflegeanstalt für Blödsinnige und eine Bewahranstalt für geistig und körperlich Sieche zu errichten hätte. Vom Gesundheitsrat wurde gewünscht, 400 Plätze seien vorzusehen, was das von einem Arzt zu dirigierende Maximum darstelle Der Bericht des bürgerschaftlichen Ausschusses war der Ansicht, daß im alten Krankenhaus noch einige Souterrains hinlänglich hell, sonnig, luftig und trocken für sieche Frauen seien. In der Architektur der Anstalt sei größte Einfachheit und Schmucklosigkeit Grundsatz für eine Irrenanstalt. In dieser Richtung wurde der vorgelegte Plan auch bemängelt, doch gab es auch berechtigte Kritik, daß manche Schlafsäle den Kranken nur einen Luftkubus von je 15,17 cbm gewährten. Treffend und heute noch beachtenswert ist die Erklärung, daß für eine Heilung die möglichst frühzeitige Übergabe in die Anstalt von entscheidender Wichtigkeit sei: „diese günstige Bedingung läßt sich aber nur durch eine gewisse Erleichterung der Aufnahme verwirklichen." Nachdem im ganzen die Zustimmung erfolgt war, wurde am 5. Dezember 1861 der Grundstein zur Irrenanstalt Friedrichsberg feierlich gelegt und am 20. Oktober 1864 konnte die Anstalt dem Krankenhauskollegium übergeben werden.

Am 18. November 1864 zogen die ersten Kranken, meist zu Fuß aus der alten Irrenabteilung des Krankenhauses herkommend, in die neue Irrenanstalt Friedrichsberg ein. Einer dieser Patienten wird heute noch in der Anstalt verpflegt. Die Gründung war ein Ereignis von mehr als lokaler Bedeutung, war doch hier zum ersten Male in Deutschland eine Anstalt nach dem Prinzip zwangloser Behandlung, des sogenannten No-Restraint, erstanden.

Wohl war es schon geraume Zeit her, daß die unglücklichen Geisteskranken nicht mehr lediglich nach dem Gesichtspunkt der Unschädlichmachung eingesperrt oder gar der Schaulust der Menge zur Verfügung gestellt wurden. Vergangen waren die Jahrhunderte, in denen Gemütskranke dem Hexen- und Zaubererglauben zum Opfer gefallen waren oder sich in elender Verlassenheit als Bettler durchs Leben schlagen mußten. Aber die seit Anfang des neunzehnten Jahrhunderts eröffneten Irrenanstalten, zum Teil in Gebäuden eingerichtet, die zu anderen Zwecken erbaut gewesen waren, wandten doch als hauptsächliche Sicherungs- und Beruhigungsmittel starke Gitter, Ketten und Zwangsjacken an. L. Meyer hatte die Vorräte von Zwangsjacken, die er im Allgemeinen Krankenhaus antraf, als überflüssigen Plunder versteigern lassen und dort trotz ungünstiger Verhältnisse bereits eine zwanglose Behandlung versucht.

Inmitten eines geschickt angelegten Parkes erhob sich das Friedrichsberger Hauptgebäude, das unter einem Dach Krankenräume, Bureaus, Küche, Kirche und Wohnungen für Ärzte und Beamte vereinigte, während abseits davon das Haus für Kostgänger und die Direktorwohnung lag. Hygienisch ansprechende Räume waren geschaffen worden, und selbst auf die Gitter vor den Fenstern wurde, mit Ausnahme der Station für erregte Männer, durchaus verzichtet. Als Hilfsmittel gegen erregte Kranke sah man damals die sogenannten Isolierzellen an, deren zunächst nur sechs für 240 Kranke bereitstanden, die freilich nur ausnahmsweise benutzt wurden. Mit berechtigtem Stolz sagte der erste Jahresbericht: „Unsere Irrenanstalt war die erste deutsche Anstalt, in deren Ausrüstung die Zwangsmittel keinen Platz erhalten haben." Auch die Beschäftigung der Kranken wurde bereits angestrebt. Ganz modern klingt es, daß 1864 schon durch einen Lehrer den Idioten Un-



terricht erteilt worden war, wenn diese Einrichtung auch bald wieder aufhörte. Die Wichtigkeit einer guten Irrenanstalt mit Gelegenheit zu rascher Aufnahme wurde außerordentlich treffend auch durch den Hinweis auf die sehr hohe Ziffer der Selbstmorde in Hamburg begründet, deren es damals relativ 2 ²/₃ mal soviel aufwies als Berlin; fast ein Drittel der 1865 in Friedrichsberg aufgenommenen Irren hatte Selbstmordversuche gemacht.

1866 verließ der geniale Arzt und Organisator die Anstalt, um fernerhin als Vertreter der Psychiatrie an der Universität Göttingen zu wirken. Sein Nachfolger wurde Dr. Reye, der die Anstalt mit unermüdlichem Eifer und bewundernswürdiger Zeitausdauer bis 1908 hindurch leitete. Es war eine Zeit ruhiger Weiterentwicklung der Anstalt, die freilich trotz aller allmählichen Erweiterungen unausgesetzt Überfüllung zu beklagen hatte. Gerade dem Wesen einer Irrenanstalt kommt ein patriarchalischer Betrieb in hohem Grade entgegen, wobei der Anstaltsleiter den Insassen menschlich näher tritt, Trost und Rat spendet und gewissermaßen als Familienhaupt im Kreise seiner Pflegebefohlenen waltet. Auch heute gilt das Wort, daß die Anstalt die beste ist, von der man am wenigsten spricht, wenigstens für jene zahlreichen Anstalten noch fort, die abseits vom lebhaften Großstadtbetrieb bei einer wenig sich ändernden Krankenzahl vorwiegend chronisch Erkrankte pflegen.

Daß Friedrichsberg sich nun im raschen Fortschritt zu einer der größten deutschen Anstalten entwickelt hat, ist in erster Linie die unausbleibliche Folge des gewaltigen Aufschwunges und Bevölkerungszuwachses von Hamburg selbst. Unter den Tausenden, die jedes Jahr zuzogen, befinden sich eben nicht lediglich ausgewählte, gesundheitstrotzende Prachtmenschen, sondern es sind auch manche körperlich und geistig minder Widerstandsfähige darunter. Wenn wir die Einwohnerzahlen mit den steigenden Listen der Irrenanstaltsaufnahmen und Insassen vergleichen, so ergibt sich aber, daß letztere in noch steilerer Kurve in die Höhe gehen. Das beruht auf der auch anderweitig zu erkennenden Tatsache einer zunehmenden Anstaltsbedürftigkeit. Bei der Wohndichtigkeit der Großstadt verursacht ein erregter Kranker viel leichter Störungen, die seine Anstaltsüberführung bedingen, als auf dem flachen Lande. Dazu kommt, daß der Alkoholgenuß und gewisse Ansteckungen, die auf den Geisteszustand schädigend einwirken, auch eine Zunahme erfuhren. Der verschärfte Kampf ums Dasein wirkt ebenfalls aufreibend auf widerstandsschwache Gehirne, was um so mehr in Betracht kommt, als ja eine Welthandelsstadt an sich bereits auf derartige Naturen eine besondere Anziehungskraft ausübt, da sie hier leichter als anderswo ihr Glück machen zu können glauben. Schließlich sind in Friedrichsberg auch zeitweilig zahlreiche geisteskranke Rückwanderer aus Amerika vor ihrem Weitertransport in die östliche Heimat zu verpflegen gewesen, in manchem Jahre über 100 Fälle.

So darf es nicht wundernehmen, wenn geradezu die ganze fünfzigjährige Entwicklungszeit der Anstalt durchzogen ist von Klagen über die drückende Überfüllung, trotzdem immer wieder von Zeit zu Zeit Vergrößerungen und Verbesserungen vorgenommen wurden. Demgegenüber traten andere markante Ereignisse in den Hintergrund, so der Krieg 1870/71, während dessen nur zwei Ärzte und sieben Pfleger einberufen waren und einer von den letzteren gefallen ist; weiterhin einige Epidemien, so 1883/84 der Rotlauf, gelegentlich, besonders 1885, ruhrartige Erkrankungen, Einzelfälle von Cholera 1871 und die große Seuche 1892, bei der 123 Irre und 4 Pflegepersonen erkrankten und 63 Irre und 1 Wärter starben; mehrfach hat sich die Anstalt an Hamburger Kongressen beteiligt.

Das alte Hauptgebäude mit 250 Krankenplätzen und das Pensionat mit 40 waren bald nach der Eröffnung überfüllt. Im Sommer 1866 konnte der sogenannte Zellenbau für etwa 80 unruhige Kranke eröffnet werden.

1867 betrug die Aufnahmezahl 251, die Zahl der Behandelten 553, der Bestand am Jahresschluß 359 bei einer Einwohnerzahl des Staates von 306 507.

Jahr	Aufnahmezahl	Zahl der Behandelten	Jahresendbestand	Einwohnerzahl
1871	305	715	408	338 974
1875	298	790	507	388 618
1880	461	1455	1009	453 869
1885	481	1569	1110	518 620
1890	513	1769	1265	622 530.

Um den wachsenden Andrang zu bewältigen, wurden 1878 acht Siechenhäuser und 1879 ein zweites Pensionat eröffnet. 1885 kamen drei weitere Siechenhäuser hinzu. Gelegentlich versuchte man auch, ruhigere Kranke in das Werk- und Armenhaus unterzubringen. Um aber gründlich den steigenden Anforderungen gerecht zu werden, wurde 1888 die Errichtung einer landwirtschaftlichen Irrenkolonie in Langenhorn in Aussicht genommen, wo für die arbeitsfähigen Irren die ungemein segensreiche landwirtschaftliche Beschäftigung besser durchzuführen war, als in Friedrichsberg, obwohl damals noch beträchtliche Ländereien auf dem Anstaltsgebiet, wie auch durch Hinzupachtung von acht Hektar zur Verfügung stan-



den. In mehreren Bauperioden ist Langenhorn zu einer der größten Anstalten Deutschlands angewachsen, mit rund 2000 Pfleglingen; vor allem ist es für ruhige und arbeitsfähige, besonders landwirtschaftlich tätige Kranke geeignet, doch besitzt es auch treffliche Einrichtungen für bettbedürftige und weiterhin zwei feste Häuser für gefährliche kriminelle Irre.

Trotz der Errichtung der Irrenanstalt Langenhorn war Friedrichsberg keineswegs erheblich entlastet, vielmehr wurden nach der Cholera zwei Baracken aufgestellt, 1899 zwei Pavillons für Irre der dritten Verpflegungsklasse und 1910 abermals zwei Baracken. Daneben wurden kleinere Verbesserungen durch Anbauten vorgenommen und zur Anregung der Kranken ein Konzerthaus errichtet. Vor allem die Zahl der jährlichen Neuaufnahmen stieg rasch an.

Jahr	Zahl der Aufnahmen	Zahl der Behandelten	Jahresendbestand	Einwohnerzahl
1895	536	1678	1182	681 632
1900	672	2151	1286	768 349
1905	842	2337	1469	874 878
1910	1262	2643	1480	931 035.

Zeitweilig betrug der Jahresendbestand über 1500.

Mittlerweile waren die Zentraleinrichtungen zum Teil recht abgenutzt worden, durchweg aber auch gegenüber der modernen Ausstattung Langenhorns im Rückstand geblieben. Schon in den neunziger Jahren wurde an eine umfassende Reorganisation Friedrichsbergs gedacht. Die schwierige Frage, ob Umbau oder ein Neubau außerhalb Hamburgs vorzuziehen sei, entschied sich in ersterem Sinne, insbesondere weil doch die Großstadt ein Bedürfnis hat, in ihrem Weichbild für die akuten Fälle eine Anstalt zu besitzen, ferner weil auch ein lebhafter Verkehr zwischen der Anstalt und den Gerichten besteht, ferner weil die Anstalt auch in ausgedehntem Maße der ärztlichen Fortbildung und der wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern dient und schließlich auch deshalb, weil gerade angesichts des familiären Sinnes der Hamburger Bevölkerung ein möglichst erleichterter Besuch, wenigstens bei den frisch Erkrankten und den zahlreichen Kostgängern, erwünscht ist.

Am 3./12. Juni 1911 genehmigte die Bürgerschaft die Senatsvorlage eines Umbaues von Friedrichsberg, der daraufhin alsbald in Angriff genommen worden ist. Es war nicht möglich, die zunächst gestellten Baufristen einzuhalten, aber ein Teil der Neuanlagen konnte doch bereits in Betrieb genommen werden, bei anderen fehlt nur noch die Mobiliarausstattung, und im nächsten Jahr ist eine Fertigstellung zu erwarten.

Zunächst wurde ein Maschinenhaus errichtet, das sämtliche Anstaltsräume mit elektrischer Beleuchtung und mit Warmwasser versieht und wenigstens für den größten Teil der Anstalt die Heizung besorgt. Die Wäscherei wurde vergrößert, eine neue Küche mit Magazin errichtet. Besonders wertvoll ist der Neubau eines Verwaltungsgebäudes am Eilbecktal, da auf diese Weise den neuen Verkehrslinien entsprochen wird.

An Krankenpavillons wurden zwei Häuser für unruhige Kranke vierter Klasse, zwei für unruhige Kranke dritter Klasse, zwei für körperlich leidende Irre, zwei offene Villen für Rekonvaleszenten und ein Haus für Jugendliche errichtet. Andere Gebäude wurden durch Anbauten und Innenumbau verbessert, so erhielt jedes der beiden Pensionate für Kostgänger erster und zweiter Klasse einen Seitenflügel. Ausgedehnte Laboratorien für Untersuchungszwecke sind im Umbau begriffen. Das Gewächshaus wurde vergrößert. Ein Desiderat bleibt noch ein Pavillon mit Operationsraum und medizinischen Bädern. Von den bisherigen Bauten aufgegeben wurden lediglich die sogenannten Cholerabaracken und der ganz veraltete Zellenbau.

Die Anstalt wird so einen Bestand von 1500 Plätzen aufweisen und dadurch, daß die Krankenpavillons eine möglichst ausgedehnte qualitative Differenzierung anstreben, ihren recht verwickelten Aufgaben entsprechen können. Während in alten Zeiten Irrenanstalten lediglich zu dem Zweck errichtet wurden, um die sozial bedenklich werdenden Fälle von Geistesstörung in sichere Unterkunft zu bringen, haben sie heute eine höhere, ausgedehntere Aufgabe: Sie sollen für alle jene Unglücklichen, die in ihren psychisch-nervösen Funktionen krankhaft gestört sind, eine rasch zugängliche und mit sämtlichen Behandlungsmitteln ausgestattete Unterkunft bieten. In erster Linie wird also die zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmte Stätte eine Heilanstalt sein. Gerade in bezug auf die hohe jährliche Aufnahmeziffer steht Friedrichsberg mit an erster Stelle. Allerdings sind andere Großstädte wie München, Frankfurt, Dresden noch konsequenter, indem sie jeden Erkrankungsfall, der einer psychischen Störung verdächtig ist, sofort in die Stadt-Anstalt bringen, also auch Bewußtlose, gerettete Selbstmordkandidaten usw., selbstverständlich auch die Alkoholdeliranten. Es ist nicht zu leugnen, daß das allgemein verbreitete, psychologisch erklärliche, aber keineswegs begründete Vorurteil gegen die Irrenanstalten auch in Hamburg stark eingewurzelt ist, obwohl gerade hier noch größere Garantien gegen Freiheitsberaubung bestehen, als irgendwo sonst in Deutsch-



land. Aber doch werden ab und zu noch die Klagen laut, als ob geistig Gesunde in der Anstalt festgehalten würden; von vornherein sollte jedem logisch Denkenden klar sein, daß die Ärzte einer öffentlichen Anstalt nicht das mindeste Interesse daran haben können, irgend jemand grundlos in der Irrenanstalt zurückzuhalten, da ihnen aus der dadurch erhöhten Krankenzahl doch nur eine oft recht unerfreuliche Vermehrung der Arbeit erwächst. Es steht zu hoffen, daß die nunmehr ihrer Vollendung entgegengehenden, trefflichen Neueinrichtungen Friedrichsbergs jene Vorurteile abbauen helfen und dadurch in steigendem Maße auch leichter Erkrankte sich die Heilfaktoren der Anstalt zugute kommen lassen. Bei den Neubauten ist gerade der größte Nachdruck darauf gelegt worden, daß nicht nur da, wo es angebracht ist, die nötige Sicherheit gegen Selbstbeschädigung, Gewalttätigkeit und Flucht der Patienten geboten, sondern jeweils auch ein Zuviel an zwangsmäßigen Vorkehrungen und der Eindruck unnötiger und abschreckender Sicherung vermieden wurde.

Mit zu den wichtigsten Aufgaben einer modernen Anstalt gehört ihre Mitarbeit an der Regelung der rechtlichen Verhältnisse ihrer Insassen. Ein großer Teil der Geisteskranken kommt durch sein Leiden in Berührung mit gerichtlichen Behörden, Entmündigung, Ehescheidung, Vertragsanfechtung usw.; ebenso mannigfach sind die Fragen in versicherungstechnischer Hinsicht. Vor allem bedeutsam ist auch die strafrechtliche Klärung verwickelter Fälle. Nichts ist verkehrter als die Ansicht, daß die Irrenärzte danach trachteten, möglichst viele Übeltäter durch Unzurechnungsfähigkeitserklärung aus den Händen der Justiz zu befreien. Im Gegenteil, der psychopathologische Standpunkt gegenüber manchen Rechtsbrechern führt vielfach zu einer ausgiebigeren Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit, als die lediglich juristische Behandlung unter Anwendung eines abgegrenzten Strafmaßes. Strenge ist daran festzuhalten, daß der Arzt nur Gehilfe des Richters bei der Rechtsfindung für psychisch abnorme Personen sein darf. Zur tieferen Verständigung zwischen Juristen und Ärzten wurde vor wenigen Jahren unter Mitwirkung der Friedrichsberger Ärzte die Forensisch-Psychologische Gesellschaft gegründet.

Bei einer Anstalt von der Größe Friedrichsbergs ist es selbstverständlich, daß ihr auch die Pflicht wissenschaftlicher Forschung obliegt. Heute stehen wir nicht mehr den psychischen Störungen wie unlösbaren Rätseln gegenüber und auch die Erforschung der Methoden zur Besserung und Heilung haben bedeutsame Fortschritte zu verzeichnen. Die mikroskopische Erforschung des kranken Hirns, die Prüfung des Hirnwassers, des Blutserums, des Stoffwechsels, die Anwendung feinerer psychologischer Prüfungen und Experimente usw. haben tiefe Einblicke in das gesunde und kranke Seelenleben ermöglicht. Friedrichsberg wird dementsprechend mit Laboratorien ausgestattet sein, die denen der größten Universitätskliniken nichts nachgeben. Es handelt sich ja keineswegs darum, welche Störung den schweren Irrsinnsformen zugrunde liegt und welche Wege zur Besserung führen, sondern das Problem reicht viel tiefer und weiter: Es gilt zu erproben, welche Möglichkeiten eine Abweichung von der normalen psychischen Vollwertigkeit bedingen, welche Mittel solchen Störungen vorbeugen und sie beseitigen können und auf welchem Wege die menschliche Psyche zu kräftigen und zu fördern ist. Psychohygiene heißt das Ziel aller wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Psychopathologie.

Mit der Kriegszeit ergaben sich neue Aufgaben. Ein Pavillon nimmt psychisch gestörte Soldaten auf, deren Zahl zum Glück nicht groß ist. Ferner sind auch eine Menge Verwundeter in Friedrichsberg untergebracht worden, dessen neue Pavillons nicht würdiger eingeweiht werden können. Eine große Anzahl Ärzte und Pfleger sind in das Feld gezogen, mehrere, wie Herr Prof. Buchholz, haben das Eiserne Kreuz errungen und einzelne Pfleger sind auf dem Feld der Ehre gefallen.

Es ist zweifellos ein Kennzeichen kulturellen Hochstandes und volkswirtschaftlicher Gesundheit, daß Hamburg auch in diesen ernsten Zeiten bestrebt ist, das Gebiet der Irrenfürsorge getreulich zu pflegen und den bedauernswerten Erkrankten ein hilfreiches, würdiges Heim zu gewähren.

Städtische Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu zu Bamberg.

Dem Jahresbericht der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu zu Bamberg (Direktor Dr. A. Bott) für 1911 bis 1913 entnehmen wir folgende bemerkenswerte Einzelheiten:

1911.

Auf der Frauenabteilung F_2 wurden mehrere Zimmer, deren Linoleumbelag schadhaft geworden war, mit neuen Fußböden versehen. Als Belag wurde Pyrofugont gewählt. Auch ein Isolierraum der Abteilung F_1 wurde mit demselben Fußbodenbelag ausgestattet. In der Abteilung F_3 wurden Reihenwaschtische aufgestellt.

Durch Anschluß der Häuser M_5 und M_6 an die Kanalisation wurde erreicht, daß nunmehr die ganze Anstalt an die städtische Kanalisation angeschlossen ist. Die Säle der Abteilungen F_3 und F_4 wurden mit hübschen Büfetts ausgestattet.

Die Wannen für Dauerbäder waren täglich fast sämtlich besetzt. Es wurde nur am Tage gebadet. Den Badebetrieb auch während der Nacht durchzuführen, würde einerseits eine Vermehrung des Pflegepersonales erfordern und hätte andererseits auch gewisse Schädlichkeiten im Gefolge, von denen namentlich Neigung zur Furunkelbildung erwähnt sei, die bei verschiedenen unserer Patienten im Dauerbad auftrat. Doch erwies sich der innerliche Gebrauch von Bierhefe als ein sehr gutes Heil- und Vorbeugemittel gegen die Furunkulose. Besondere Erwähnung verdient, daß die gewöhnliche Bierhefe viel wirksamer ist, als die aus derselben fabrikmäßig dargestellten Präparate. Auch die systematische Behandlung der Haut mittels der Afridol-Seife ergab erfreuliche Resultate in der Bekämpfung und Verhütung der genannten Hautkrankheit.

Einem jungen Manne, bei dem wegen eines Magengeschwürs die Einführung der Sonde längere Zeit nicht rätlich erschien, wurden 67 Nährklistiere verabfolgt. Als Zusatz zu den Nährklistieren muß Sanatogen rühmend hervorgehoben werden.

Eine infektiöse Hautkrankheit, Trychophytie, befiel über das ganze Jahr verteilt 19 Pfleglinge (darunter 6 Frauen) und 2 Angestellte. Meistens zeigte die Trychophytie die Form des Ekzema marginatum und hatte den typischen Sitz zwischen den Oberschenkeln, einige Fälle boten die Form des Herpes tonsurans und saßen am Rumpf und in der Achselhöhle: dies war stets bei den Frauen der Fall; nur bei einem Patienten war der Herpes tonsurans am Kinn etabliert. Der Verlauf der Endemie war so, daß nacheinander Leute befallen wurden, die sicher in gar keine, auch nicht in mittelbare, Berührung miteinander gekommen waren. Trotz Zuziehung des Spezialarztes gelang es nicht, den Weg, auf dem dieses lästige Hautleiden übertragen wurde, einwandfrei festzustellen.

Das weibliche Pflegepersonal, auch wenn es sich um robuste Landmädchen handelt, erkrankte häufig — und auch wieder im Berichtsjahre — an Anämie, Chlorose, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden und erholte oft sich lange Zeit nicht recht. Diese Erscheinung wurde auch bei den Mädchen beobachtet, die in den ersten Wochen ihres Anstaltsaufenthaltes infolge der besseren und reichlicheren Kost, als sie ihnen zu Hause zu Gebote stand, eine recht beträchtliche Gewichtszunahme zu verzeichnen hatten; nach einigen Monaten stellten sich doch die erwähnten Symptome ein. Die Ursache muß also in der Art des Dienstes selbst liegen. Es wird unser eifrigstes Bestreben sein müssen, die Dienstverhältnisse des weiblichen Pflegepersonals, der barmherzigen Schwestern sowohl als auch der weltlichen Pflegerinnen, nach Möglichkeit zu verbessern.

Bei einer vom Landgericht Bamberg eingewiesenen Frauensperson, die früher einen Anfall von Geistesstörung durchgemacht hatte, war die Frage zu entscheiden, ob sie noch an einer für den Laien erkennbaren Geistesstörung litt, bezw. ob der Mann, der mit ihr geschlechtlichen Verkehr gepflogen hatte, nach § 176, 2 RStGB. zu bestrafen sei. Die Frage mußte verneint werden, obwohl für den Psychiater ein geistiger Defekt deutlich erkennbar war.

1912.

Im Dauerbad der Frauenseite wurde ein elektrisch betriebener Ventilator eingebaut.

Der Krankenbehandlung dienten wie bisher vornehmlich die bewährten Methoden der Arbeitstherapie, der Bettbehandlung und der Bäderbehandlung. Doch mußten auch noch häufig medikamentöse Beruhigungsmittel und feuchtwarme Packungen angewandt werden. Auch scheuten wir uns nicht, in einzelnen Fällen die Behandlung im Einzelzimmer zu versuchen, da es eben immer wieder Kranke gibt, die sich im Einzelzimmer am wohlsten fühlen und am schnellsten beruhigen. Von neuen Medikamenten wurde an einer Serie ausgewählter Fälle das Schlafmittel Codeonal versucht. Es zeigte sich, daß es vor den alten bewährten Schlafmitteln keine besonderen Vorzüge besitzt, bei Erregungszuständen leichteren Grades ganz gut wirkt, bei heftigeren Erregungszuständen jedoch versagt. Dagegen fanden wir in dem ebenfalls systematisch durchprobierten Beruhigungsmittel Pantopon ein Medikament, das namentlich bei ängstlichen Erregungszuständen gut wirkt und dem Patienten für Stunden und halbe Tage die quälende Angst benimmt. Sehr zweckmäßig ist, daß das Mittel auch in zugeschmolzenen sterilen Phiolen für subkutane Injektion in den Handel kommt; so kann es auch einem widerstrebenden Patienten ohne Schwierigkeit beigebracht werden.

Zwecks Bekämpfung etwa auftretender ansteckender Krankheiten und zum Zwecke, eine rasche Diagnosenstellung zu ermöglichen, wurde ein Vertrag mit der k. bakterio-

logischen Untersuchungsanstalt Würzburg geschlossen.

Für das jüngere Pflegepersonal wurde ein Lehrkurs in Kranken- und Irrenpflege von Anstaltsarzt Dr. Zirkel abgehalten. Außerdem wurde der preisgekrönte „Leitfaden für Irrenpflege" von Dr. Scholz in 25 Exemplaren angeschafft und unter das Pflegepersonal verteilt.

1913.

Zum Zwecke der Krankenbehandlung mittels Elektrizität wurde ein transportabler Universalapparat „Universo" angeschafft, der an die Lichtleitung angeschlossen werden kann. Der Apparat ermöglicht die Anwendung der Elektrizität in Form des faradischen, des galvanischen, des sinusoidal-faradischen Stromes und des pulsierenden Gleichstromes, außerdem kann noch die Vibrationsmassage betätigt werden. Im übrigen wurde an den bewährten Grundsätzen der Krankenbehandlung festgehalten, die in drei Worten zusammengefaßt werden können: Bettruhe, Dauerbad und Beschäftigung. Dank dieser Behandlungsmethoden gelang es, auf der Männerseite den Gebrauch von medikamentösen Beruhigungs- und Schlafmitteln auf ein Minimum zu beschränken, auch zu Isolierungen und feuchtwarmen Packungen brauchte nur selten gegriffen zu werden; auf der Frauenseite dagegen mußten namentlich Schlafmittel immer noch vielfach in Anwendung kommen, um den Kranken und ihrer Umgebung Ruhe zu verschaffen. Von neueren Medikamenten wurde das Ureabromin in einer längeren Versuchsreihe erprobt; bei Zuständen nervöser Erregung ist es ein ganz gutes Beruhigungsmittel, das auch in leichteren Fällen von Schlaflosigkeit noch gute Wirkung tut, bei größeren Erregungszuständen jedoch, wie sie in der Anstalt gewöhnlich vorkommen, versagt.

Ein Pflegling hatte mit einem Drahtstückchen die Türe zum Pflegerzimmer geöffnet und entwich durch das unvergitterte Fenster dieses Zimmers. Bei Auswahl der Schlösser war versichert worden, daß die Schlösser durch Nachschlüssel, Dietriche usw. nicht geöffnet werden könnten.

Wie vor zwei Jahren, so kam auch heuer wieder eine Anzahl von Erkrankungen an Trichophytie (Ekzema marginatum) vor. Die Krankheit blieb auf die Männerseite beschränkt und befiel 5 Pfleglinge und 2 Angestellte. Der erste Fall wurde anfangs Januar beobachtet; die Krankheit trat auf, nachdem der Mann zum ersten Male ein ganz neues baumwollenes Hemd getragen hatte. Im Februar folgten drei Fälle, im Mai wieder zwei und endlich noch einer im September. Auf welchem Wege sich das Hautleiden verbreitete, konnte nicht ermittelt werden.

Auf der Wachabteilung der Männerseite wurde wiederum die sog. Dauerwache durchgeführt, d. h. ein Pfleger hat die Nachtwache ein oder zwei Monate lang und ist dafür vom Tagesdienst befreit. Auch erhält der Wachpfleger seit Beginn des Jahres pro Monat eine Zulage von 3 M. Die Leute melden sich immer freiwillig zu diesem Dienste, ein gesundheitlicher Nachteil ist damit nicht verbunden, im Gegenteil alle Wachpfleger hatten Gewichtszunahme von 3 bis 8 Pfund pro Monat zu verzeichnen.

Mitteilungen.

— **Urteil betr. Schadenersatz wegen Mißhandlung durch einen Anstaltsinsassen.** Der Bautechniker Hugo M. war vom 6. März bis 7. Juli 1913 in der Kreisirrenanstalt L., u. zw. bis 26. März im Haus 1 und von da ab im Haus 7 auf Kosten der zuständigen Armenpflege untergebracht. Haus 1 der Anstalt dient zur Verwahrung ruhiger Neuaufgenommener und ständig überwachungsbedürftiger Kranker; im Haus 7 befinden sich arbeitende Kranke mit größerer Bewegungsfreiheit. Hugo M. wurde am 27. Juni auf Anordnung des Oberarztes Dr. St. und Genehmigung des Direktors Dr. U. wegen unbotmäßigen Benehmens von Haus 7 in das Haus 1 zurückverlegt. Hier wurde ihm von seinem Bettnachbarn Engelbert M. in der Nacht vom 1. auf 2. Juli ein heftiger Schlag ins Gesicht versetzt, der eine leichte Schwellung ohne irgendwelche innere Verletzungen ernsterer Natur zur Folge hatte. Trotzdem will Bautechniker Hugo M. Schadensersatzklage gegen den bayerischen Staat bzw. gegen die Kreisgemeinde Unterfranken erheben, und er stellte zu diesem Zwecke Vorentscheidungsantrag nach Art. 7 Abs. 2 des VGG. gegen Dr. St. und Dr. U. Der Verwaltungsgerichtshof sprach jedoch aus, daß sich Direktor Dr. U. und Oberarzt Dr. St. in bezug auf die Verwahrung des Vorentscheidungsklägers in der Zeit vom 27. Juni bis 2. Juli 1913 weder der Überschreitung ihrer Amtsbefugnisse noch der Unterlassung ihnen obliegender Amtshandlungen schuldig gemacht haben. Aus den Gründen: Die formellen Voraussetzungen für den Art. 7 Abs. 2 des VGG. sind gegeben. In sachlicher Beziehung konnte der VGH. nicht die Überzeugung gewinnen, daß sich die Vorentscheidungsbeklagten pflichtwidrig verhalten hätten. Dies gilt zunächst für die Zurückverlegung des Vorentscheidungsklägers in das Haus 1. Dieser hatte sich nach den gepflogenen Erhebungen als besonders schwer zu behandelnder, insozialer und rachsüchtiger Anstaltskranker erwiesen und sich gegenüber der Mahnung des Dr. St., den



Fußbodenbelag zu schonen und statt der Stiefel Lederpantoffeln zu tragen, höchst unbotmäßig verhalten. Dadurch erschien es genügend gerechtfertigt, ihn einer Abteilung für ruhige Kranke mit ständiger Überwachung zuzuweisen. Auch in der Verwahrung des Pfleglings Engelbert M. auf der gleichen Abteilung des Hauses kann keine Amtspflichtverletzung gegenüber den anderen Kranken erblickt werden. Denn Engelbert M. ist, da er an Dementia präcox leidet, kein zu Gewalttätigkeiten geneigter Geisteskranker, durch den die persönliche Sicherheit seiner Umgebung bedroht ist. Er hat zwar im Jahre 1909 und 1910 seinen Nachbarn in einer anderen Anstalt vereinzelt einen Schlag versetzt, in den folgenden Jahren war er aber die ganze Zeit ruhig und verblödete immer mehr. Im Jahre 1912 wurde er als „harmlos dementer" Kranker nach L. überwiesen und hat sich bis zum 2. Juli 1913 auch als solcher bewiesen. Er hatte zwar manchmal Aufregungszustände, in denen er schimpfte, aber nach der Aussage der Wärter waren keinerlei Gewalttätigkeiten bei ihm zu bemerken und er galt allgemein für einen harmlosen Kranken. Bei dieser Sachlage rechtfertigt sich der erlassene Ausspruch. (Entscheidg. v. 18. Nov. 1914.)

(München-Augsb. Abendztg., Augsburg, 4. Dez. 1914.)

— Dem **Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Schleswig** über das 93. Verwaltungsjahr für die Zeit vom 1. April 1913 bis 31. März 1914 entnehmen wir: Der Krankenbestand betrug am Schlusse des Rechnungsjahres 1204 Personen (1212 im Vorjahr); wegen Überfüllung der Frauenabteilung wurden von der Kieler Klinik namentlich mehr Frauen nach Neustadt als hierher versetzt, umgekehrt wie im Vorjahr; auch die Zahl der Männeraufnahmen aus Kiel verringerte sich. Diese Verschiebungen der Aufnahmeziffern ist bedingt durch gleichzeitige Neubauten in beiden Anstalten, wobei ein gegenseitiges Aushelfen bei zeitweiligem Platzmangel nötig wurde. Bemerkenswert ist das Sinken des Bestandes auf der Männerseite in Schleswig, von 617 Ende März 1913 auf 576 Ende März 1914. Dies ist zum Teil bedingt durch die Versetzung von 32 Männern nach Neustadt im Beginn des Rechnungsjahres; es muß als günstiger Umstand angesehen werden, daß dadurch Versetzungen in größerem Umfange trotz des bevorstehenden großen Umbaus der Männer-Nebenanstalt nicht nötig sein werden; denn obwohl dadurch vorübergehend mehrere Abteilungen ganz geräumt werden müssen, wird es möglich sein, den größten Teil der Männer in den anderen Häusern und in einem Neubau für Frauen unterzubringen, welcher rascher fertiggestellt wird. Die gleichzeitige Steigerung des Bestandes auf der Frauenseite (Ende des Vorjahres 595, Ende des Rechnungsjahres 628) drängt aber um so mehr auf Fertigstellung des zweiten Neubaues für Frauen im November dieses Jahres als die Plätze für Frauen auch in Neustadt bald verbraucht sein werden. Die höchste Bestandsziffer betrug am 14. Januar 1914 1220 (591 + 629). Die Summe der geheilt und gebessert Entlassenen betrug 163 (42 + 121); im Vorjahr 164 (44 + 120). Als wahrscheinlich heilbar galten bei der Aufnahme 73 (im Vorjahr 86). In die Privat-Pflegeanstalten wurden versetzt 35 (14 + 21) gegen 42 im Vorjahr; zurück kamen aus ihnen 42 (34 + 8), gegen 35 im Vorjahr. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes wurden aufgenommen 12 (8 + 4); nicht geisteskrank waren 2 Männer. Alkoholismus war in 22 (20 + 2) Fällen die Ursache der Erkrankung; im Vorjahr in 23 (21 + 2).

Das Gesamtareal der Anstalt betrug für 1908: 126 ha 44 a 83 qm, jetzt umfaßt es 135 ha 70 a 7 qm.

In diesem Jahre sind zwei neue Krankenhäuser T und U für 140 bezw. 60 Frauen erbaut, die im Herbst 1914 in Benutzung genommen werden. Die Dampfwäscherei ist umgebaut und wesentlich vergrößert. Die Anstalt ist mit elektrischer Beleuchtung versehen worden. Für die Anstaltsfeuerwehr ist ein Steigerturm erbaut mit Einrichtung zum Schläuchetrocknen.

— Über **„Bromsuppe"** bei Behandlung der Epilepsie enthält der „Verwaltungsbericht der Anstalten Bethel, Sarepta und Nazareth" für 1913 folgendes: Derartiges ist schon früher in Bethel und auch auswärts versucht worden. In größerem Umfange wurde ein Versuch im Jahre 1913 in dem Hause Groß-Bethel angestellt, wo annähernd 200 Personen in dieser Weise behandelt wurden (und noch werden). Es wurde dazu die zwar nicht besonders zu empfehlende, aber doch praktisch gut verwendbare Bouillon von Fleisch benutzt, das ohne jeden Kochsalzzusatz gekocht war. In ein bestimmtes Quantum salzloser Bouillon kommt ein genau abgemessenes Quantum Bromnatrium. Von der Suppe wird den Kranken mit einer genau geeichten Schöpfkelle ¼ l aufgefüllt, in dem so ein genau zu berechnendes Quantum Bromnatrium enthalten ist. Die Kranken haben von dem Ersatz des Kochsalzes durch Bromsalz kaum etwas geschmeckt; die „Bromsuppe" hat nichts Unangenehmes. Die Methode hat natürlich kleine Schwierigkeiten und Schattenseiten. Zunächst erfordert sie beim Essen die sorgfältigste Aufsicht des Pflegepersonals, da ohne diese Brom in falscher Dosis und an falsche Personen verabreicht werden könnte; durch die Gewöhnung, auch der Kranken selbst, wird diese Schwierigkeit sehr verringert, zudem besteht sie bei der gewöhnlichen Verabreichung des Broms in kohlensaurem Wasser in kaum geringerem Grade. Sodann läßt es sich trotz genauen Abmessens so vieler Portionen nicht sicher einrichten, daß der Vorrat gerade ausreicht, sondern es muß immer mit dem Überbleiben eines kleinen Restes gerechnet werden, damit nicht etwa der letzte Kranke leer ausgeht. Ein weiterer Nachteil ist, daß man diese doch immerhin ein wenig einschläfernd wirkende Suppe nur mittags, nicht gut abends geben kann. Auch muß man allen Kranken, die davon nehmen, die gleiche Durchschnitts-Bromdosis geben; wer mehr bekommen soll, muß Brom außerdem noch in anderer Form erhalten. Schließlich ist, wie auch anderweitig oft beobachtet, bei der salzarmen Diät die Neigung zu Bromvergiftung eine größere. Trotz dieser, allerdings geringen, Nachteile hat sich die „Bromsuppe" im Hause Groß-Bethel jetzt gut eingebürgert. Der Erfolg der geringen damit verbundenen Mühe hat sich auch deutlich zu erkennen gegeben: Bei den gleichen 121 Personen, die vor und nach der Einführung dieser Methode (1. November) die gleiche Bromdosis (4 g Natr. brom.



pro Kopf und Tag) erhielten, betrug im Oktober die Zahl der Krampfanfälle 396, der Schwindel 543, im Dezember die Zahl der Krampfanfälle 353, der Schwindel 479.

Am besten zeigt sich das Resultat darin, daß inzwischen (am 1. Februar 1914) die frühere Durchschnittsdosis von 4 g Bromsalz pro Tag auf 3 g herabgemindert werden konnte. Bei einzelnen Kranken war der Unterschied zwischen vorher und nachher ein besonders guter. Unter den oben genannten 121 Kranken befanden sich 23, bei denen sich die Gesamtzahl wie folgt stellt: Oktober 170 Krampfanfälle, 180 Schwindelanfälle, Dezember 45 Krampfanfälle, 107 Schwindelanfälle. Der Verbrauch an Kochsalz pro Kopf und Tag ließ sich, nur durch die Salzlosigkeit der Mittagssuppe, auf zirka 8 g herabdrücken — eine ganz befriedigende Zahl.

Natürlich bietet die Methode nicht die einzige Möglichkeit, salzarme Kost durchzuführen. Ein ähnlich niedriger Salzverbrauch hat sich in manchen anderen Häusern auch ohne „Bromsuppe" erreichen lassen.

Von anderen bei Epilepsie neuerdings empfohlenen und auch in Bethel ausgeprobten Medikamenten scheint sich das Luminal (dem bekannten Veronal nahestehend) zu bewähren, das besonders leichte Anfälle zu vermindern geeignet ist, und zwar schon in geringer Dosis. Am meisten Erfolg scheint uns die Kombination Brom-Luminal zu versprechen. Doch eignet sich das Mittel nur für ausgesuchte Fälle.

Derselbe Bericht für 1912 enthält u. a. folgendes über Epilepsiebehandlung: In bezug auf die Behandlung der Epilepsie ist nicht viel Neues zu sagen. Es wurden von uns die verschiedensten neu angepriesenen Medikamente nachgeprüft, ohne daß wir irgendeinem Mittel den Vorzug vor den Bromsalzen hätten geben können. Erwähnen möchte ich speziell ein Mittel, das Krotalin, das Gift der Klapperschlange, welches von Amerika uns als Epilepsiemittel empfohlen und durch die Tagespresse vielfach angepriesen wurde. Der Berichterstatter (Dr. Winckler) hat in 15 ausgesuchten, möglichst frischen, und unkomplizierten Fällen das außerordentlich teure Mittel versucht, aber nicht den geringsten Einfluß auf Zahl und Art der epileptischen Anfälle konstatieren können, so daß wir jetzt allen Angehörigen unserer Kranken auf diesbezügliche Anfragen antworten, daß wir das Klapperschlangengift nach unseren Erfahrungen für absolut wirkungslos halten müßten.

Bei Bekämpfung des Status epilepticus (gehäufte Anfälle) bewährt sich uns seit Jahren Amylenum hydratum auf das allerbeste, und zwar geben wir unbedenklich Gaben bis zu dreimal täglich 5,0 g intramuskulär oder als Klysma. Ein Hauptaugenmerk wird zugleich von vornherein auf gründliche Darmentleerung gerichtet.

Auf eine chirurgische Behandlung der Epilepsie wurden in den letzten Jahren große Hoffnungen gesetzt. Daß Epilepsie infolge von Verletzungen verhältnismäßig oft durch einen operativen Eingriff geheilt werden kann, steht fest. Weniger günstig scheinen die Resultate zu sein bei den Operationen, welche sich als Ziel setzen, das krampfende Zentrum der Hirnrinde auszuschneiden (Prof. Krause). Es finden sich unter unsren Pfleglingen eine ganze Reihe Fälle, die auswärts in dieser Weise operiert wurden, die aber nicht gebessert, zum Teil sogar kränker (Lähmungen) geworden sind. Auch der Referent hat einen Fall, bei dem isolierte Krämpfe der einen Gesichtshälfte auftraten, operiert und das zuständige Gesichtsnervenzentrum exstirpiert. Der Erfolg war eine Lähmung der entsprechenden Gesichtshälfte, die sich nach einiger Zeit zurückbildete, aber die Krämpfe traten unvermindert weiter auf.

Auch die von Kocher empfohlene Druckentlastungsoperation, die durch Entfernung eines Stückes vom starren Schädeldach dem gesteigerten Blutdruck im Gehirn eine Ausweiche schaffen will, hat Referent in mehreren Fällen versucht, aber ebenfalls ohne Erfolg. Ferner wurde von Anton und Bramann die Erwartung ausgesprochen, daß die von ihnen zuerst angegebene Operation des Balkenstiches, eine Punktion der großen Hirnhöhlen, gewisse Fälle von Epilepsie günstig beeinflussen werde. Referent hat fünf Fälle von Hydroceph. intern. und Pseudotumor in dieser Weise operiert, aber irgendeinen Einfluß auf Zahl und Art der Anfälle nicht erzielt.

In jüngster Zeit wurde die Ansicht geäußert, daß die Mißererfolge der Kocherschen Ventil-Operation auf den Umstand zurückzuführen seien, daß die im Schädel angelegte Öffnung durch derbes Narbengewebe und Neubildung von Knochen bald wieder starr werde und nun ihren Zweck nicht mehr erfüllen könne. Um dieses zu verhüten, solle nicht nur ein genügendes Stück Schädeldach, sondern auch die entsprechende Partie harter Hirnhaut total entfernt und durch ein Stück Oberschenkelfaszie (Fascia lata) ersetzt werden, weil Fasziengewebe einer Verknöcherung nicht anheimfalle. Gemäß dieses Vorschlages sind vom Referenten bis jetzt sechs Fälle operiert und bei dreien eine wesentliche subjektive und objektive Besserung erzielt worden. Die Zeit seit der Operation ist aber noch zu kurz, um ein abschließendes Urteil abgeben zu können. Erwähnen möchte ich noch, daß alle bisher von uns nach den verschiedensten Methoden operierten Fälle bei stets glattem Wundheilverlauf keinerlei nachteilige Folgen durch die Operation erlitten haben.

— Auf die im Inseratenteil der vorliegenden Nummer veröffentlichte Bekanntmachung betr. **Reichsschatzanweisungen** (Kriegsanleihe) und **Schuldverschreibungen** sei besonders aufmerksam gemacht.

Anstaltsnachrichten.

— **Bethel - Anstalten.** Im Felde befinden sich: Dr. Blümcke, Dr. Volland, Dr. Dickel, Dr. Consemüller und der Chirurg des Diakonissen-Krankenhauses Gilead, Dr. Willmanns. Von den Pflegern sind bereits elf für das Vaterland gefallen; elf andere haben das Eiserne Kreuz erhalten. Im ganzen sind von den Diakonen der Diakonenanstalt Nazareth 207 eingezogen, davon 29 als Sanitätsmannschaften. Von den Schwestern der Diakonissenanstalt Sarepta sind im ganzen 83 zur



Pflege von Verwundeten in Belgien und Frankreich. — Mit Beginn des Krieges vollzogen sich in Bethel große Umwälzungen. Es mußte Platz geschaffen werden für rund 2000 Verwundete. Zu diesem Zwecke wurde eine Anzahl von Krankenhäusern als Lazarette eingerichtet, nachdem die Kranken, Epileptiker, teils, soweit es angängig war, in häusliche Pflege zu ihren Angehörigen, teils auf die Stationen der Moorkolonie Neufreistatt, zum dritten Teil auf verfügbare Plätze in anderen Bethelhäusern überführt worden waren. Außerdem wurden noch mehrere andere Häuser zu Lazaretten eingerichtet, wie das Missionshaus, das Studentenheim, das große Versammlungshaus Assapheum, das Diakonissenhaus Sarepta. Zur Behandlung der Verwundeten haben sich außer den Bethelärzten, die nicht mit ins Feld sind, 12 Kollegen aus Bielefeld zur Verfügung gestellt. Bisher sind in Bethel über 3200 Verwundete verpflegt worden. — Von Kriegspsychosen haben wir einige Fälle von Amentia, von Erschöpfungsstupor und von Depressionszuständen gesehen, abgesehen von wenigen anderen Fällen, bei denen der Feldzug nur bereits vorhandene oder im Entstehen begriffene Zustände in deutlichere Erscheinung treten ließ. Von 7 Tetanusfällen sind 4, darunter 3 schwere, durch Antitoxin und Magnes. sulfur. zur Heilung gekommen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Anstalten Bethel.** Dr. Blümcke und Dr. Willmanns sind durch das Eiserne Kreuz ausgezeichnet worden.

— **Bonn.** Dr. Heinrich Bickel, Assistent der psychiatrischen und Nervenklinik, erhielt die Venia legendi für Psychiatrie und Neurologie.

— **Göttingen.** Der Assistenzarzt Dr. Budde bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen wurde zum Abteilungsarzt an derselben Anstalt ernannt.

— **Halle a. S.** Als Privatdozent hat sich niedergelassen Dr. Hans Willige, Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik, für das Fach der Psychiatrie und Neurologie.

— **Marsberg.** Der Abteilungsarzt der Provinzial-Heilanstalt Dr. med. Franz Joseph Widmann ist zum Januar d. Js. an die Provinzial-Heilanstalt Warstein in gleicher Eigenschaft versetzt worden.

— **Prov.-Heilanstalt Treptov** a. Rega. Oberarzt Dr. Ermisch erhielt Anfang Dezember das Eiserne Kreuz.

— **Wien.** Reg.-Rat Dr. H. Schlöß, Direktor der n.-ö. Landesanstalt „am Steinhof" wurde zum Oberstabsarzt ernannt.

Buchbesprechungen.

— **Deutsche Blindenanstalten in Wort und Bild.** Von Imm. Matthias, Kgl. Schulrat in Berlin-Steglitz. 359 S. Halle a. S. 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Ein neuer Band des großen, reich illustrierten, hier wiederholt angezeigten Sammelwerkes, an welchem besonders die Vollständigkeit anzuerkennen ist, mit welcher die Blindenbildungsanstalten über ihre Tätigkeit berichten. Für den Psychiater sind Abschnitte, wie der über die Taubstummblinden und deren Unterricht von besonderem Interesse. Mercklin.

— **Deutsche Versorgungsanstalten und Heime für Alte, Sieche und Invalide. Deutsche Armen- und Arbeitsanstalten.** Red. von Prof. Klumker. 264 S. Halle a. S. 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Wenn dieser Band des bekannten Sammelwerkes auch nicht die bemerkenswerte Vollständigkeit bietet wie andere vorhergehende Bände, so bietet er doch in gleich guter und illustrierter Beschreibung Nachrichten über weit bekannte Anstalten, so z. B. über das städtische Obdach in Berlin, die Rheinischen Anstalten in Brauweiler, das Bürgerspital in Stuttgart u. a. Auch dieser Band wird daher vielen willkommen sein.

Mercklin.

— L. Scholz: Leitfaden für Irrenpfleger. Elfte Auflage. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Der in die Augen springende Vorzug dieser neuen Auflage ist die Herstellung des Drucks mit größeren Typen. Die Brauchbarkeit des Leitfadens ist dadurch wesentlich erhöht. Mercklin.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

XIV. Unter **„Pneumatische Lokalanästhesie"** beschreibt Dr. Kuhn, Direktor des Krankenhauses St. Norbert in Berlin-Schöneberg, in der Feldärztlichen Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 10. November 1914 einen von Karl Dankert, Berlin-Schöneberg, Hauptstraße 24, zu beziehenden Apparat, bei welchem

das öftere Wiederfüllen der Spritzen vermieden wird. Es ist ein Injektionsapparat mit Luftdruckbetrieb für Novokain-Adrenalinlösungen. Durch rhythmisches Öffnen und Schließen eines Hebels vor der Nadel läßt man die Flüssigkeit stoßweise in die Gewebe einspritzen. Die Dosierung erfolgt durch die Anzahl der rhythmischen Unterbrechungen. Vorteil der Methode ist ihre Kontinuierlichkeit und Selbsttätigkeit. Man ist in der Lage, rasch Serien von Patienten zu anästhesieren. B.

Therapeutisches.

— **Moosscharpie.** Als Verbandmittelfabriken für Moosscharpie zum Ersatz für Gaze nennt Sanitätsrat Dr. Hasenbalg-Hildesheim: M. Marwede in Neustadt am Rübenberge, Prov. Hannover, und Severin Immenkamp in Chemnitz-Hilpersdorf. „Über eine flache Schale — photographische Entwicklungsschale — wird ein entsprechend großes Stück Gaze gebracht, die Schale dann mit einer möglichst gleichmäßigen, fest zusammengepreßten Mischung von Moos und Scharpie angefüllt. Die freien Gazeenden werden über der Schale zusammengeschlagen und mit einigen Fadenstichen geheftet. Diese Moos-Scharpie-Kissen nehmen die zehnfache Menge ihres Gewichtes an Wasser auf, saugen aber auch Blut und Sekrete in gleicher Weise gut auf und lassen sich vollkommen sterilisieren." (Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr., 24. November 1914.) B.

— **Bemerkungen zur Behandlung und bakteriologischen Diagnose des Thyphus abdominalis.** Von Privatdozent Dr. L. Jacob (Würzburg), zurzeit Gouvernementslazarett Lille. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr., 24. November 1914.

Verabfogung kleiner Mengen des Pyramidon gleichmäßig auf den ganzen Tag verteilt; zweistündlich 0,1 g (Pyramidon 2,0, Sirup. simpl. 20,0, Aqua destillata ad 200, beginnend um 6 Uhr morgens bis einschließlich 12 Uhr nachts, also 10 × 0,1 g in 24 Stunden. „Die Erscheinungen des ‚Status typhosus', Unruhe, Delirium, Kopfschmerzen, schweres Krankheitsgefühl, verschwanden in kurzer Zeit, das Sensorium hellte sich auf, die

Kranken nahmen wieder Anteil an der Umgebung, boten oft sogar das Bild von Rekonvaleszenten." Bei einzelnen Kranken mußte die Dosis auf 10 × 0,15 g erhöht werden.

Auf diese Weise wurden 30 Kranke 10 bis 20 Tage, 15 Kranke 21 bis 35 Tage, einer 41 Tage unter Pyramidonwirkung gehalten. Im ganzen wurden so 80 Patienten behandelt mit 10% Mortalität, daneben entsprechende Diät, kühle Abwaschungen, Prießnitz-Umschläge; keine Bäder.

Bei der bakteriologischen Diagnose des Typhus bekommt man mit Galleagarplatten in der Mehrzahl der Fälle wesentlich rascher ein positives Resultat als mit Galleröhrchen; oft schon nach 8 bis 10 Stunden sind die ersten Kulturen zu erkennen. Eine derartige Kultur wird in 1/2 ccm sterile Bouillon gebracht und 4 bis 5 Stunden im Brutschrank belassen; man hat dann in dieser Zeit eine dichte Kultur, die man zur Agglutination oder Überimpfung benutzen kann. Man kann, statt aus Blut, aus Roseolen abimpfen. B.

— Als **Ersatz für Kanadabalsam** bei Einbettung mikroskopischer Präparate empfiehlt Paul Rostock in Greifswald das Mastisol, das übrigens auch schneller trocknet. (Feldärztl. Beil. zur Münch. med. Wochenschr., 24. November 1914). B.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 45/46. 13. Februar **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Neuere Arbeiten über Tetanus.

Sammelreferat von Dr. **J. Bresler.**

1. Zur Behandlung des Tetanus. Von Prof. Dr. Voelcker in Heidelberg. Feldärzl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 27. Oktober 1914 Nr. 43.

Bei den Kriegsverwundeten kommt Tetanus ganz wesentlich häufiger vor als bei Verwundeten im Frieden. Es bleibt offen, ob die Infektion im Moment der Verletzung durch mitgerissene Staub- und Erdteilchen geschieht, oder bei Lagerung und Transport auf Stroh und im Viehwagen. Tetanussporen finden sich bekanntlich häufig in Pferdeexkrementen. Lukas hatte bei 17 untersuchten Pferden 16 positive Befunde.

Tetanus ist leicht zu diagnostizieren aus dem charakteristischen Kaumuskelkrampf (Trismus), der tonischen Starre der Körpermuskulatur (Opisthotonus) und den klonischen Zuckungen des ganzen Körpers; dazu häufig, diesen voraufgehend, Zuckungen an der verwundeten Extremität. Voelcker beobachtete einen Fall, in dem die Diagnose zwischen Tetanus und Polyarthritis rheumatica schwankte.

Behandlung. Tetanusantitoxin, das wirksamste und theoretisch am besten begründetste Prophylaktikum. Leider läßt es sich nur schwer oder gar nicht beurteilen, ob eine Wunde mit Tetanus infiziert ist, da die bakteriologische Untersuchung des Wundsekrets zu unsicher. Mc. Clintock und Hutchings haben allerdings bei mit Tetanus infizierten Schafen vier Tage vor dem Auftreten der klinischen Erscheinungen Toxin im Blut nachgewiesen, beim Menschen gelang es bisher nicht.

Nach Permins Statistik aus dänischen Krankenanstalten betrug bei 190 nicht mit Serum behandelten Fällen die Mortalität 79%; bei 330 mit Serum behandelten Fällen nur 62,1%.

Applikation. Es werden meist große Dosen empfohlen. Die intradurale und endoneurale Injektion ist am besten begründet; doch wird auch die subkutane, intravenöse, perineurale und intramuskuläre empfohlen, endlich auch die Injektion in die Nachbarschaft der Wunde und das Einstreuen pulverförmigen Antitoxins in die Wunde.

Symptomatische Behandlung. Narkotika können in der Praxis nicht entbehrt werden.

Magnesiumsalze sind von Th. Kocher in Deutschland bei Tetanus eingeführt worden auf Grund der Tierversuche von Meltzer und Auer: Erzeugung eines tiefen Schlafs mit gänzlicher Anästhesie, völliger Erschlaffung der willkürlichen Muskeln und Ausschaltung der Reflexe; bei einer Dosis von mehr als 2 g pro Kilo Körpergewicht erfolgte Lähmung des Atemzentrums. Kocher empfahl eine 10- bis 15%ige Lösung von Magnesiumsulfat in Mengen von ca. 5 ccm intradural oder intramuskulär oder intravenös. Die intradurale und intravenöse Injektion sei gefährlicher als die subkutane. Bei eintretender Atemstörung könne man Physostigmin oder Chlorkalzium als Gegengift geben. Von 7 so behandelten Fällen Kochers genasen 6. Auch mehrere andere Autoren berichten von geheilten Fällen; ein Autor allerdings über 2 Fälle mit tödlichem Ausgang an Atemlähmung.

Baccelli empfiehlt subkutane Karbolinjektionen auf Grund der sedativen Wirkung der Karbolsäure. Unter 190 Fällen war die Mortalität bei den sehr schweren Fällen 20%, bei



den schweren 2%, insgesamt unter 20%. Voelcker hat diese Methode in einigen in seinem Aufsatz mitgeteilten Fällen zur Unterstützung der Antitoxintherapie mit gutem Erfolge angewandt; störende Nebenwirkungen kamen nicht vor. Urinkontrolle ist nötig; bei dunkler Färbung des Urins oder Albuminurie Verringerung der Dosis.

Anwendung: 2%iges Karbolwasser; Injektion subkutan an irgendeiner Stelle des Körpers, jedesmal 5 ccm = 0,1 g Karbolsäure. Man beginne mit 1 oder 2 Injektionen pro die und steige allmählich an bis zu 5 oder 6 Injektionen pro die; entsprechend der Besserung der Tetanussymptome gehe man wieder bis auf 1 Injektion zurück.

Behandlung der Wunde. Amputation — wo sie überhaupt in Frage kommt — sei zwar das radikalste Mittel; an ihrer Stelle kann man energische Ätzung der durch Hilfsschnitte breit geöffneten Wunden mit Acidum carbolicum liquefactum heranziehen. In zwei Fällen Voelckers wurden damit die Wunden rasch gereinigt, in einem dritten ließ sich die Amputation nicht umgehen.

Voelcker empfiehlt also Injektion von Antitoxin (intradural), Injektion von 2%iger Karbolsäure (subkutan) und Ätzung der Wunde mit konzentrierter Karbolsäure.

2. Über Tetanus nach Schußverletzungen. Von Dr. K. W. Eunicke. Aus dem Städt. Krankenhaus Ludwigshafen a. Rh. Feldärztliche Beilage zur Münch. med. Wochenschrift vom 27. Oktober 1914.

In den unter ca. 3000 Verwundeten beobachteten 10 Fällen war nur bei einem die Verwundung durch Infanteriegeschoß entstanden, bei den anderen durch Granat- oder Schrapnellschüsse, die meist größere und zerfetztere, zur Sekundärinfektion fähigere Wunden setzen. Die Zeit von der Verwundung bis zum Tetanus betrug 9 Tage bis 3 Wochen, meist 12 bis 18 Tage. Fünf der Fälle starben; drei davon hatten steile, bis 40,5° steigende Temperaturen. Bei den zur Heilung gelangten Fällen stieg die Temperatur nur bis 38°. — In allen Fällen war therapeutisch Antitoxin zu wiederholten Dosen von je 100 A. E. gegeben worden. Ob die Injektion intradural oder subkutan gegeben war, war therapeutisch ohne Unterschied. Symptomatisch wurde Chloralhydrat oder Morphium gegeben, ersteres wirkte prompter und nachhaltiger. Prophylaktisch wurden bei allen größeren Zermalmungen und wo Infektion wahrscheinlich, 20 A. E. subkutan und dieselbe Dosis zweimal in wöchentlichen Intervallen gegeben, im ganzen 60 A. E. — Der Trismus äußert sich manchmal nur als leichtes Spannungsgefühl und wird leicht für „rheumatisch" gehalten. Aussicht auf Heilung besteht nur bei ganz früh einsetzender Behandlung.

3. Czerny-Heidelberg erwähnt in einem Aufsatz: Einleitung in die Kriegschirurgie (Deutsch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 40), daß an Tetanus auf 27 Todesfälle der Heidelberger Spitäler zur Zeit seiner Veröffentlichung bereits 8 trafen (von 17 Erkrankten, die z. T. noch in Behandlung standen). Fälle von längerer Inkubation scheinen relativ günstiger zu sein. Dieser bis dahin günstige Prozentsatz ist vielleicht auf das eingespritzte Tetanusserum zu beziehen.

v. Behring empfiehlt Einstäubung des pulverförmigen Antitoxins in die Wunde. Bei 13 der 17 Tetanusfällen handelte es sich um Verletzung durch Granatsplitter; alle 17 waren in schlechten Güterwagen transportiert worden; die Wunden sahen schlecht aus. Die Güterwagen sollten vor Benützung zu solchem Transport desinfiziert werden. (Nach Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 43.)

4. Behandlung von Tetanus traumaticus mit serösem Transsudat der Bauchhöhle. Von Dr. Durlacher in Ettlingen. Aus dem Reservelazarett Ettlingen. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 42.

Man hat bekanntlich Blutserum von Wundstarrkrampfkranken Tetanuskranken mit Erfolg injiziert. Durlacher hat nun vermutet, daß vielleicht das Blutserum als solches günstig wirkt, und einem Tetanuskranken seröses Transsudat durch Infusion einverleibt; zuerst, am 11. Tage nach Beginn der tetanischen Erkrankung, 0,3 Liter in den Oberschenkel, nach zwei Tagen 0,4 Liter, nach weiteren sechs Tagen 0,5 Liter in die linke Bauchdecke und zum Teil in den rechten Oberschenkel. Nach den Infusionen mit dem serösen Transsudat besserten sich die schweren Krankheitssymptome unmittelbar. Das Transsudat wurde von einer an unkompensiertem Herzfehler erkrankten Patientin aus der Bauchhöhle gewonnen. „Es wurde unmittelbar in ein steriles Gefäß gebracht, das durch heiße Tücher vor einer Abkühlung bewahrt wurde. Etwa 5 bis 10 Minuten später wurde es dem Verwundeten infundiert." Nach der ersten Infusion zeigte sich Temperaturanstieg und Quaddelbildung, also Erscheinungen von Serumkrankheit. Durlacher ventiliert die Frage, ob nicht auch artfremdes Transsudat zu verwenden sei, in erster Linie Transsudat von Hunden, da gerade diese (nach Untersuchungen aus dem pathol. Institut in Würzburg 1902/03) relativ unempfänglich für Tetanus sind.

5. Die Anaphylaxiegefahr bei der



Serumbehandlung des Tetanus. Von Dr. Ludwig Simon, Oberarzt. Aus der chirurgischen Abteilung der städt. Krankenanstalten in Mannheim. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 45.

Bericht über zwei Fälle von Anaphylaxieschock: Blauwerden, dem eine Blässe folgte, oberflächliche Atmung, Abnahme der Pulsqualität; diese Erscheinungen traten sehr plötzlich auf, was auf die intravenöse Verabreichung zurückgeführt wird; ferner typisches Exanthem. In dem einen dieser beiden Fälle bestand eine halbe Stunde Bewußtlosigkeit, in dem anderen schwand das Bewußtsein nicht ganz; in ersterem auch Schüttelfrost mit hohem Fieber. Beide Fälle erholten sich sehr rasch; schon am anderen Tage war Puls, Atmung und Allgemeinbefinden normal. Der eine Fall zeigte erst nach 14 Tagen anaphylaktische Erscheinungen, obwohl er am 10. und 12. Tag ebenfalls intravenöse Seruminjektionen erhalten hatte, beim zweiten trat das Exanthem am 13. Tage ohne Reinjektion auf, am 14. Tage der erste leichtere anaphylaktische Schock, am 17. Tage der zweite schwerere Anfall. Man kann bis zum 10. Tag Reinjektion machen, wenn nicht vorher Reizerscheinungen von Serumkrankheit (Exanthem, Drüsen- und Gelenkschwellung, Ödeme, Schleimhautaffektionen) aufgetreten sind.

Antianaphylaxie lasse sich vielleicht erreichen, wenn einige Stunden vor der geplanten Reinjektion von Serum eine minimale Menge Serum subkutan gegeben wird, vielleicht auch, wenn die Fabriken zur Herstellung des Antitoxins nicht nur Pferde, sondern etwa auch Rinder oder andere, speziell für Tetanus empfindliche Tiere nehmen würden, so daß man mit dem Serum abwechseln könnte. Oder man könnte bei Tetanusfällen, die nach 10 Tagen auf Antitoxinbehandlung noch nicht geheilt sind, die Serumtherapie verlassen und Magnesium sulfuricum anwenden, täglich 40 bis 60 ccm einer 25%igen Lösung subkutan; einen auf diese Weise mit Erfolg behandelten Fall teilt Simon mit. Bei jedem Patienten sollte man sich vor der Injektion nach etwa früher stattgehabten Injektionen erkundigen, um die Gefahr einer Anaphylaxie zu vermeiden.

S. berechnet die Heildosis so, daß pro Kilo Körpergewicht 8 Immunitätseinheiten in den ersten 48 Stunden gegeben werden, und zwar ¹/₃ bis ¹/₂ zur Hälfte intralumbal, nachdem man eine entsprechende Menge Liquor cerebrospinalis hat abfließen lassen, den Rest intravenös. In den folgenden Tagen werden je nach Schwere der Erscheinungen 100 bis 200 bis 300 Immunitätseinheiten intravenös bis zum Abklingen der Tetanussymptome gegeben. In der chirurgischen Krankenabteilung zu Mannheim wurden in 4 Wochen unter etwa 700 Verwundeten bereits 8 Fälle von Tetanus beobachtet und behandelt. Die vier ersten außerordentlich schweren Fälle mit nur 3—6tägiger Inkubation verliefen tödlich; zwei davon waren mit Antitoxin, zwei mit Magnesiumsulfat behandelt (in 10%iger Lösung in einer Menge intralumbal injiziert, daß auf das Kilo Körpergewicht 0,03 Magnesiumsulfat kamen). Die übrigen vier — mittelschweren — Fälle, mit Antitoxin behandelt, heilten.

6. Erfahrungen über die Behandlung des Tetanus. Von Prof. Dr. Hochhaus in Köln a. Rh. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914 Nr. 46.

Mitteilung von Beobachtungen und Erfahrungen bei 46 Fällen. Erste Zeichen waren am häufigsten ein leichtes Ziehen, eine geringe Spannung, unbedeutende Schmerzen in den Gesichtsmuskeln; seltener Schmerzen oder Kratzen im Halse, wie bei einer beginnenden Halsentzündung, oder geringfügige Erschwerung des Schluckens; manchmal Steifheit im Nacken oder Spannung auf der Brust; recht häufig auch einfaches Ziehen oder Schmerzen und Zucken in der verwundeten Extremität. In fünf Fällen, in denen die verwundete Extremität amputiert worden war, ist Tetanus nach der Amputation ausgebrochen. Es ist auch experimentell erwiesen, daß, wenn man eine mit Tetanus infizierte Extremität amputiert, bevor Tetanus ausgebrochen ist, dennoch der Eintritt desselben nicht verhindert wird. Hochhaus empfiehlt daher die Amputation nicht; auch von anderer Seite wird ihr Nutzen bestritten. Tetanusserum: Experimentell steht fest, daß nur eine frühzeitige Injektion eines möglichst hochwertigen Serums Erfolg haben kann, und zwar nur soweit, daß der noch in Zirkulation befindliche Teil des Giftes, nicht der bereits fest an die Nervenzellen gebundene, unschädlich gemacht wird. Nach Behring soll daher die Injektion möglichst innerhalb der ersten 30 Stunden gemacht werden. Die wirklich schwereren, rechtzeitig mit Serum behandelten Fälle sind alle gestorben, vier mittelschwere und vier leichte durchgekommen. Nur in einem, allerdings ziemlich schweren Falle zeigte sich bald nach der Einverleibung deutliche Besserung; sonst waren die Wirkungen des Serums keine evidenten und durchschlagenden. Bei den ganz schweren Fällen hatten allerdings auch die anderen Mittel keinen Erfolg. Hochhaus möchte aber trotzdem das Mittel nicht ganz verwerfen. Nebenwirkungen: In zwei Fällen Exanthem, das eine mit heftigem Fieber und Gelenkschmerzen; nach der intralumbalen Einspritzung



des Behringschen Serums mehrmals meningitische Reizung, leichtes Fieber, ziemlich heftige Kopfschmerzen, die aber nach einigen Tagen schwanden, wesentliche Erhöhung des Lumbaldrucks, getrübtes Punktat, vermehrter Eiweiß- und Zellgehalt im Liquor cerebrospinalis; vielleicht war dies auf den Karbolgehalt des Serums zurückzuführen. Behring rät daher ein anderes Präparat zu nehmen. Hochhaus benützte das Behringsche Serum zu 100 A. E., täglich eine Dosis, die erste fast durchweg intralumbal, die übrigen meist subklavikular. Die meisten Fälle erhielten bis zu 12 mal 100 A. E. Symptomatisch. Bei einigen schwereren, systematisch mit Morphium behandelten Fällen, alle 2 bis 3 Stunden eine Injektion, verflog die Wirkung sehr rasch, trotzdem gleichzeitig 3 mal 2,0 Chloral per Klysma gegeben war; diese Fälle starben. Skopolaminzufügung verlängerte und vertiefte den Schlaf, doch schien bei den Kranken mit Bronchialkatarrh die Neigung zu Bronchopneumonie erhöht. In drei sehr schweren Fällen hatte Magnesiumsulfat, intralumbal, Dosis 6 ccm einer 25%igen Lösung, gute Wirkung auf die Krämpfe, bedingte aber kurze Stillstände der Respiration; letztere wurde durch Gegenmittel behoben. Die drei Kranken starben. Subkutan wurden von Hochhaus 17 schwere Fälle mit Magnesiumsulfat behandelt; dieselben waren auch mit Behringschem Serum behandelt worden; in den ersten Fällen 3 mal 10 bis 15 ccm der 25%igen Lösung, bei den späteren Fällen von der 25%igen Lösung in 24 Stunden 100 ccm, später, um das Volumen zu verkleinern, von einer 40%igen Lösung in 24 Stunden 60 bis 80 ccm, in ganz schweren Fällen 100 ccm; wegen der Schmerzhaftigkeit der Injektion wurde vorher Morphium (0,02) injiziert. Die Wirkung dauert 5 bis 6 Stunden. Von den 17 mit dem Mittel behandelten Fällen starben 12, 5, allerdings nicht die schwersten Fälle, wurden geheilt. An der Stelle der Magnesiumsulfat-Einspritzung traten oft — bald abheilende — Abszesse auf. Hochhaus empfiehlt demnach Magnesiumsulfat in Verbindung mit Morphium als „ein recht brauchbares Mittel". Respirationslähmung hat er in diesen Fällen nicht gesehen, einige Male Blasenbeschwerden und Gefühllosigkeit und Schwäche in den Beinen; nach Aussetzung des Mittels für einen Tag schwanden diese Beschwerden. — Karbollösung, 3%ige. Die ersten Fälle bekamen 3 mal 10 ccm in 24 Stunden, die übrigen 5 mal 10 ccm subkutan, 1 g und mehr im ganzen. Keine Nebenwirkungen. Der Erfolg war nie so sicher und durchgreifend wie bei Magnesiumsulfat; auch mußte daneben Morphium (0,02) oder Chloral gegeben werden. Von den 15 Fällen starben 9; allerdings war ein Teil der Fälle leichterer Art.

7. Bericht über 31 Tetanusfälle nach Kriegsverletzungen, einheitlich intraspinal und intravenös mit Serum behandelt. Von Prof. Dr. Kreuter in Erlangen. Aus dem Reservelazarett und den Lazarettabteilungen der Universitätskliniken in Erlangen. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.

Bis Ende September 1914 waren 60 000 Verwundete und Kranke der verschiedenen deutschen Truppenabteilungen in Bayern behandelt worden. 0,7% sind gestorben, davon 0,4% an Tetanus. In Erlangen wurden in zwei Monaten 31 Tetanusfälle beobachtet; darunter 12 Gewehrschüsse (meist in den Beinen), 17 Granatverletzungen und 2 Schrapnelltreffer. Sechsmal waren es Durchschüsse durch die Wade mit schwerer Sekundärinfektion. Inkubation 4 bis 21 Tage. Die Krämpfe treten oft schon auf, wenn die Tür geöffnet wird oder jemand sich mit schwerem erschütternden Tritt dem Bett nähert; das ist charakteristisch. Auch dem Trismus gehen oft echte isolierte Krämpfe voraus, die zu heftigen Zungenbissen führen. In zwei Fällen Lichtscheu; die Infektion war an den Beinen. Ein Fall von Kopftetanus mit charakteristischer Fazialislähmung; tödlicher Ausgang. Beim Auftreten der geringsten tetanischen Symptome wurde Serum angewendet, bei langer Inkubationszeit und leichteren Symptomen bloß intravenös, bei bedrohlichen Anzeichen und kurzer Inkubation sofort auch intralumbal, letzteres meist in Chloroformnarkose, um die bei Äther leicht auftretende Bronchitis zu vermeiden. Die intravenösen Einspritzungen (Kubitalvene) wurden in schweren Fällen zweistündlich gemacht, bis 600 A. E. pro die; Serumschädigungen wurden nicht beobachtet. Subdural nie unter 100 A. E., nur in einem Fall zweimal pro die, sonst nach Bedarf täglich oder in größeren Pausen. Meningitische Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Bei 6 schweren Fällen wurden über 1000 A. E. gegeben; Maximum für den Einzelfall einmal 600 A. E. subdural und einmal 2200 A. E. intravenös. Höchstgabe an Serum für einen Kranken 2400 A. E. — Bei den intravenösen Einspritzungen konnte man sehr häufig eine fast unmittelbare Wirkung des Serums beobachten, insofern die Krämpfe seltener und schwächer wurden. Lumbalinjektionen wirkten langsamer. Wundexzisionen, Exartikulationen und Amputationen bei ausgebrochenem Tetanus hatten keinen Einfluß. Auch trat bei zwei Fällen Tetanus auf nach der unter allen Vorsichtsmaßregeln durchaus im Gesunden ausgeführten Operation; beide endeten tödlich. „Prophylaktische" Amputationen sind also

sehr problematisch; der Tetanusbazillus bleibt nicht an der Eintrittspforte sitzen; er verbreitet sich sehr rasch im Blut wie im Nerven! — Durch die intraspinale und intravenöse Behandlung mit Serum ist es Kreuter gelungen, die Gesamtmortalität, die ohne Serum 78,9%, mit Serum 57,7 bis 62,1% beträgt, in seinen Fällen auf 35,5% herabzudrücken, die Sterblichkeit bis zu 10 Tagen Inkubation von 78,9% auf 64,3%, bei mehr als 10 Tagen Inkubation von 37% auf 12,2%. Da gerade von den schwersten Fällen Kreuters drei nur mangelhaft behandelt wurden (einer, weil zu spät als Tetanus erkannt, zwei wegen Mangels an Serum), so kann gesagt werden, daß die Resultate eindringlich zugunsten der spezifischen Behandlung des Starrkrampfs sprechen.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Professor Dr. Lothar v. Frankl-Hochwart †.** Die „Neur Freie Presse", Wien, vom 19. Dezember 1914 schreibt: Die Wiener Schule hat einen trefflichen Fachmann auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie verloren. Heute um 12 Uhr mittags ist Professor Dr. Lothar v. Frankl-Hochwart nach kurzem schweren Leiden gestorben. Er wurde am 12. Juli 1862 als Sohn des hervorragenden Schriftstellers und Wohltäters August v. Frankl-Hochwart geboren, studierte am Schottengymnasium und an der Wiener Universität und erlangte im Jahre 1886 den Doktorgrad. Er arbeitete hierauf am Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie und an den Kliniken Meynert und Nothnagel.

Im Jahre 1891 habilitierte er sich als Privatdozent für Neurologie und Psychiatrie. Unter besonderer Förderung Nothnagels leitete der Dahingegangene durch 25 Jahre die Nervenambulanz der ersten medizinischen Klinik und übersiedelte auch mit dieser Ambulanz in das neue Krankenhaus. Vor Jahresfrist wurde er zum Abteilungsvorstand an der Wiener Allgemeinen Poliklinik ernannt.

Die Arbeiten des Professors v. Frankl-Hochwart umfassen das gesamte Gebiet der Nervenheilkunde, insbesondere die Kapitel Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks haben ihm viele grundlegende Untersuchungen zu verdanken. Er hat die Diagnose der Gehirngeschwülste vervollkommnet und es möglich gemacht, diese Geschwülste oft mit ausgezeichnetem Erfolge chirurgisch zu behandeln. Auch die Krankheiten des inneren Ohres haben ihn lebhaft beschäftigt. In den letzten Jahren wendete er sich allgemeinen hygienischen Fragen zu, insbesondere dem Einflusse des Nikotins auf das Nervensystem. Auf allen großen Spezialkongressen war v. Frankl-Hochwart ein gern gesehener Gast. Er galt als Vermittler der Wiener Neurologie und Psychiatrie im Auslande. Auch die Gründung der Deutschen neurologischen Gesellschaft ist zum guten Teil sein Werk.

Professor v. Frankl-Hochwart war Junggeselle. Vor kurzem erkrankte er an schweren nervösen Erscheinungen. Seine Wiener Freunde mußten bald die Diagnose auf ein sehr ernstes Leiden stellen. Professor v. Frankl-Hochwart übersah sofort die Situation und trug seine Beschwerden mit stoischer Philosophie. Er war einer der trefflichsten und liebenswürdigsten Ärzte der jüngeren Generation.

Professor Dr. Otto Marburg widmet dem heimgegangenen Lothar v. Frankl-Hochwart in der „Neuen Freien Presse" Wien, folgende Worte der Erinnerung:

„Wenn auch in dieser heroischen Zeit das Einzelschicksal kaum Interesse erweckt, so wird doch jeden, der Professor v. Frankl-Hochwart kannte, sein rasches Hinscheiden schmerzlichst berühren.

Aus der Schule Nothnagels hervorgegangen, arbeitete der Dahingegangene ganz in dessen Sinn und widmete sich dem Lieblingsgebiet des genialen Klinikers, der Lehre von den Nervenkrankheiten. Nicht nur daß er diese selbst durch grundlegende Arbeiten förderte (die Tetanie, die Menièresche Krankheit, die nervösen Erkrankungen der Blase, die Pseudosklerose, die wichtigen Studien über Hirnanhang und Zirbeldrüse, das Pituitrin, die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher und anderes); es gelang ihm, trotz der bescheidensten, ihm zur Verfügung stehenden Mittel, eine Schar von Schülern an sich zu fesseln, die sich bemühten, in seinem Geiste zu wirken, wie Professor Schlesinger, Sanitätsrat Hatscheck, Professor Fröhlich, Professor Marburg, Dr. A. Berger, Dozent Dr. Stern, um nur einige zu nennen.

Es ist gerade bei v. Frankl-Hochwart schwer, den Lehrer vom Menschen zu trennen. Wohlwollend, nachsichtig, hilfsbereit und, wo immer er nur konnte, fördernd — verlieren seine Schüler einen wirklichen Freund. So bescheiden er sich selbst immer einschätzte, so war er doch von seltener schöpferischer Begabung, voll neuer Ideen, stets anregend, stets für Anregungen empfänglich. Er hörte den jungen Studenten mit ebensolcher Aufmerksamkeit seine Ideen auseinandersetzen wie den gereiften Forscher; das schuf ihm Verehrung und Liebe zugleich.

So schwer ihm auch der Auftrag wurde, so konnte er sich doch rühmen, einer der meist bekannten, geschätzten österreichischen Neurologen zu sein. Die ausländischen Schüler suchte er nicht nur zu tüchtigen Nervenärzten auszubilden; er bemühte sich, ihnen auch die berühmte altösterreichische Gastfreundschaft, das vornehme Wienertum zu zeigen, das leider immer seltener wird. Er wurde als einziger Österreicher in den Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Nervenkeilkunde



gleich bei deren Gründung gewählt; er war einer der Vorkämpfer für die Selbständigkeit der Nervenheilkunde in der Medizin, ein Ziel, daß er leider nicht erreichen konnte. Doch hatte er, der nie eine eigene Abteilung besaß, noch die Freude, an der Wiener Allgemeinen Poliklinik eine solche vor etwa Jahresfrist zu erhalten. Wie sehr er auch in praktischen und organisatorischen Dingen Bescheid wußte, beweist seine Tätigkeit im Kuratorium der Rothschildstiftung.

Über das Grab hinaus wird ihm die Liebe seiner Schüler bleiben, die in ihm nicht nur den Gelehrten und Lehrer, sondern auch den wahrhaft guten Menschen und Förderer schätzen."

— **Geh. Medizinalrat Dr. Artur Leppmann,** der bekannte Berliner Psychiater, vollendete am 31. Dezember 1914 sein 60. Lebensjahr. In Raudten in Schlesien geboren, erwarb Leppmann 1877 die Approbation als Arzt. In den nächsten Jahren war er als Assistent an der Provinzialirrenanstalt in Leubus (Schlesien) und am Allerheiligen-Hospital in Breslau tätig, insbesondere beschäftigte er sich hier und auch später in selbständiger Praxis in Breslau mit der Lehre von den Nerven- und Geisteskrankheiten. Er veröffentlichte Studien über die epidemischen Geisteskrankheiten, über Gehirnerweichung nach peripheren Verletzungen, über Geistesstörung nach Kopfverletzung, über den sog. abortiven Säuferwahnsinn, über das Wesen der Gedankenlosigkeit, über psychische Erscheinungen bei Frauen nach bestimmten chirurgischen Eingriffen. Allgemeineres Interesse hat Leppmanns Untersuchung über das Auftreten von Geisteskrankheiten bei Gymnasiasten nach seinen Beobachtungen in Breslau. Leppmann widerlegt durch diese die Behauptung, daß infolge von Überbürdung in der Schule bei Gymnasiasten Geisteskrankheiten verhältnismäßig oft auftreten. Im Jahre 1889 wurde Leppmann nach Berlin berufen, wo am Zellengefängnis in Moabit eine Beobachtungsstation für geisteskranke Verbrecher eingerichtet wurde. Bald nach seiner Übersiedelung veröffentlichte Leppmann mit Paul Ehrlich zusammen Mitteilungen über die Anwendung des Methylenblau zur Schmerzstillung bei Nervenleiden. Gemeinsam mit dem verstorbenen Krohne, damals Direktor des Zellengefängnis, später im Ministerium des Innern als Dezernent für das Gefängniswesen tätig, stellte Leppmann Untersuchungen über die Möglichkeit der Aufbesserung der Gefangenenkost innerhalb der staatlichen Verordnungen an. Er fand, daß die Kost an Eiweiß zu arm ist. Zur Verbesserung brachten Krohne und Leppmann die Einführung von Fischmahlzeiten in Vorschlag. Eine andere Arbeit Leppmanns zur Gefängnishygiene hat die Körperpflege und die Desinfektion in Gefangenenanstalten zum Gegenstand. Zu erwähnen ist noch die Studie über Tätowierungen bei Verbrechern, in der er in Übereinstimmung mit Abraham Baer nachweist, daß man in diesen Zeichen nicht, wie die italienischen Kriminalanthropologen annehmen, etwas für die Verbrechernatur Eigentümliches sehen darf. Von seinen selbständigen Arbeiten seien noch genannt der „Leitfaden für die Gefängnispraxis", „Die Sachverständigentätigkeit bei Seelenstörungen", „Die ärztliche Fürsorge für Geisteskranke innerhalb der Anstalt", „Der seelisch Belastete und seine ärztliche Überwachung". Wohl in den Händen sämtlicher preußischer Kreisärzte ist eine Bearbeitung des Schlockowschen Werkes „Der Kreisarzt", das in 6. Auflage erschienen ist. Mit Geh. Medizinalrat Becker begründete er und gibt noch heute heraus „Die ärztliche Sachverständigen-Zeitung". Im Jahre 1895 wurde ihm die Kreisarztstelle des 9. Berliner Kreises übertragen, die er im vorigen Jahre aufgab, da die vorbeugende Tätigkeit des Kreisarztes in der Seuchenbekämpfung nach seiner ganzen Vorbildung weniger interessierte als die Sachverständigentätigkeit des Psychiaters vor Gericht. Als solcher ist Leppmann nicht nur in Berlin bekannt geworden. In der internationalen kriminalistischen Vereinigung ist Leppmann vielfach hervorgetreten und hat dort über die Frage der Minderwertigen im Strafvollzuge seine Erfahrungen mitgeteilt. (Vossische Zeitung, Berlin.)

— **Ernst-Hoche-Stiftung.** Der Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Freiburg i. Br. Professor Dr. Alfred Hoche und seine Gattin haben zur Erinnerung an ihren einzigen Sohn, der als Kriegsfreiwilliger in Nordfrankreich den Heldentod starb, eine Stiftung errichtet. Zweck dieser „Ernst-Hoche-Stiftung" ist die Unterstützung bedürftiger Studierender während der Ableistung ihres Militärdienstes beim Infanterie-Regiment in Freiburg.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg** (Direktor Prof. Dr. Weygandt). Aus dem Jahresbericht 1913:

Am 22. Dezember verschied nach 23 jähriger Tätigkeit der Prosektor Dr. Kaes. Unter dem 31. Oktober wurde der Oberarzt Dr. von Grabe zum Professor ernannt.

Das neue Kessel- und Maschinenhaus sowie die Fernheizkanäle konnten in Betrieb genommen werden. Die 6 großen Pavillons für unruhige Kranke III. und IV. Klasse sowie für körperlich sieche Kranke IV. Klasse und die Anbauten an den Pensionaten wurden im Rohbau fertiggestellt. Die beiden offenen Häuser, das Haus für Jugendliche, das Verwaltungsgebäude, das Küchengebäude, der Waschhauserweiterungsbau und der Anbau am Leichenhause sind in Angriff genommen und zum großen Teile kräftig gefördert worden. Der Umbau des im Sommer geräumten Damenpensionats wurde durchgeführt. Mitte Dezember erfolgte die Wiederbelegung des nunmehr mit elektrischem Licht und Zentralheizung ausgestatteten Pensionats. Mit dem Umbau des Hauses für den ersten Oberarzt, des Herrenpensionats und der beiden Pavillons III. Klasse ist begonnen worden. Die Umwandlung der Anstaltstelephonanlage in eine unterirdische Kabelleitung ist erfolgt.

Im Pflegehaus Nr. 2 für Männer wurde zur Patientenbeschäftigung eine Schuhmacherwerkstatt eingerichtet. Im November ist durch Beschluß von Senat und Bürgerschaft zur Beschaffung des Inventars für die Reorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg ein Betrag von 853 148 M bewilligt worden.

Die Ausschmückung der Krankenräume und Parkanlagen mit geeigneten Möbeln, Wandbildern, Blumen.



Ziervögeln usw. ist fortgesetzt worden; auch als Geschenk wurde manches derartige zur Unterhaltung der Kranken in dankenswerter Weise übermittelt. Die Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken, insbesondere Spitzenklöppelei und Weberei, sind mit großem Erfolge weitergeführt worden. Der Unterhaltung der Kranken dienten ferner Theatervorstellungen, Bälle, Konzerte, Feuerwerk, sowie Sommerausflüge.

Von seiten des Direktors und mehrerer Ärzte der Irrenanstalt Friedrichsberg wurden wissenschaftliche Kurse für Ärzte und Kandidaten der Medizin, sowie Vorlesungen beim Allgemeinen Vorlesungswesen veranstaltet. Wissenschaftliche Abende fanden auch in diesem Jahr, und zwar im Frühjahr und Herbste, statt. An beiden Abenden wurden von der Mehrzahl der Anstaltsärzte bei einem sehr regen Besuch von Ärzten aus Hamburg und Umgebung wissenschaftliche Demonstrationen und Vorträge gehalten.

Wegen Umbaus der beiden Pensionate und der beiden Pavillons III. Klasse war die zeitweise Räumung dieser Gebäude geboten. Infolgedessen konnte die bisherige Krankenzahl nicht aufrecht erhalten werden. Der Krankenbestand betrug am 1. Januar 1913 1311. In die Irrenanstalt Langenhorn wurden im Laufe des Jahres 404 Geisteskranke (251 Männer, 153 Frauen) verlegt. Der Bestand am Schlusse des Jahres betrug immerhin noch 1243 Kranke.

Das Vermögen der Dr. Julius-Stiftung und der Unterstützungskasse betrug am Jahresschlusse 494 504,93 M. Von den Zinsen aus diesem Kapital und aus dem Walter Peter Möller-Testament sind im Laufe des Jahres an hilfsbedürftige, beurlaubte und entlassene Kranke, sowie an bedürftige Angehörige hier befindlicher Kranker usw. 20 316,40 M verausgabt worden.

Die Kosten des Krankenverpflegungstages in Friedrichsberg. Teilt man die Zahl der Verpflegungstage aller Kranken der Irrenanstalt Friedrichsberg in die Gesamtkosten des ganzen Betriebes, so stellte sich die Ausgabe für den Tag und Kopf des Kranken wie folgt:

1. Gehalte	0,4586 M
2. Ruhegehalte und Unterstützungen	0,0209 M
3. Löhne	0,7334 M
4. Beiträge zur Invaliden- und Krankenversicherung	0,0134 M
5. Zahlungen an den Schwesternverein	0,0507 M
6. Nahrungsmittel	1,2559 M
7. Wasserversorgung	0,0595 M
8. a) Feuerung	0,1492 M
b) Beleuchtung	0,0753 M
9. Medikamente usw.	0,0846 M
10. a) Bekleidung für Angestellte	0,0217 M
b) Bekleidung für Kranke	0,0986 M
11. Unterhaltung der Gebäude und Gärten	0,1462 M
12. Mobilien, Betten, Leinen, Wäsche, Hausrat usw.	0,1770 M
13. Verschiedenes:	
a) Vergnügungskosten	0,0281 M
b) Bureaukosten	0,0144 M
Übertrag:	3,3875 M
Übertrag:	3,3875 M
c) Beerdigungskosten	0,0027 M
d) Notwendige und kleine Ausgaben	0,0179 M
e) Unterbringung erholungsbedürftiger Wärter u. Wärterinnen in Genesungs- und Erholungsheimen	0,0002 M
f) Fuhrkosten	0,0073 M
14. Landwirtschaftl. Betrieb, Fuhren usw.[1]	0,0000 M
Zusammen:	3,4156 M.

Berichtigung.

In dem Artikel „Zum 50jährigen Bestehen der Irrenanstalt Friedrichsberg“ aus der Nummer 43/44 muß es auf Seite 377 linke Spalte Zeile 15: „Ausdauer“ statt „Zeitausdauer“ heißen.

Anstaltsnachrichten.

— **Großh. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gießen.** Im Feld: Medizinalpraktikant Berndt, zurzeit Gent. — Assistenzarzt Dr. Scriba als Oberarzt im Kriegsgefangenenlager Gießen. — In der Anstalt zurückgeblieben: Der Direktor Med.-Rat Dr. Oßwald, Oberarzt Med.-Rat Dr. Weyer, Assistenzarzt U. Frank. Zugang am 1. Januar als Assistenzarzt der prakt. Arzt Hans Dorner aus Nürnberg. — Die Anstalt übernahm Mitte August 1914 ca. 100 Insassen der hiesigen Provinzialsiechenanstalt, damit diese zum größten Teil als Reservelazarett benutzt werden konnte. Ende Dezember sind 30 sieche Frauen wieder zurückgenommen worden. — Als Verwundetenlazarett mit 65 Betten ist seit Anfang September ein Landhaus für beschäftigte Männer von unserer Anstalt eingerichtet, dem Reservelazarett I angegliedert und seit 12. September 1914 ständig belegt. Die ärztliche Behandlung der Verwundeten wird von den Anstaltsärzten unentgeltlich geleistet, die Pflege von männlichem Wartpersonal. — Der Ersatz der heerespflichtigen Wärter ist nicht leicht, besonders weil für das sogen. „Feste Haus" eine Anzahl erprobter Leute erforderlich ist; in letzter Zeit sind auf der Männerabteilung 6 Frauen zum Teil von im Feld stehenden oder gefallenen Kriegern mit bisher gutem Erfolg tätig. — Außerdem verpflegt die Anstalt geistig erkrankte deutsche Soldaten, auch Beobachtungsfälle, gestörte Verwundete und kriegsgefangene Franzosen und Belgier, soweit der Platz reicht.

Personalnachrichten.

— **Bonn.** Prof. Dr. Hübner, Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn, wurde zum Mitglied des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz ernannt.

— **Sonnenstein, Kgl. Heil- und Pflegeanstalt.** Anstaltsarzt Dr. Dost, als Stabsarzt d. R. zum Kriegsdienst einberufen, ist zum Oberstabsarzt d. R. befördert worden.

[1]) Der Ertrag des landwirtschaftlichen Betriebes wird den Konten 7, 10, 11, 13, 14 belastet und ist deshalb in der Gesamtausgabe doppelt enthalten.



Buchbesprechungen.

— **Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges.** Von E. Mayer in Königsberg i. Pr. Deutsch. med. Wochenschr. vom 17. Dezember 1914.

M. gibt zunächst einen Überblick über die Statistik der Psychosen und Neurosen in früheren Kriegen.

Die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr. nimmt vertragsmäßig psychische und Nervenkranke aus der Feldarmee auf. Vom Tage der ersten Soldatenaufnahme — 7. August — bis 7. November 1914 waren die Krankheitsformen wie folgt verteilt:

60,5% aller Erkrankungen betrafen Reserve und Landwehr, letztere überwog stark;
11,5% den Landsturm;
8,0% die Ersatzreserve;
6,5% Kriegsfreiwillige;
5,0% Offiziere der Landwehr, Reserve usw.;
3,5% aktive Offiziere;
5,0% aktive Mannschaften und Unteroffiziere.

Der Krankheit nach war die Verteilung folgende:
Dementia praecox 7,5%;
Manisch-depressives Irresein 4%;
Paralyse 3,5%;
Alcoholismus chronicus 16%;
Akute alkoholische Psychosen 5,5%;
Epilepsie 11,5%;
Psychopathische Konstitutionen 13,5%;
Pathologische Reaktionen (der Hauptsache nach zur Psychogenie oder Hysterie gehörig) 18%;
Traumatische Neurose 6%;
Imbezillität 8% der Gesamtzahl der Kranken.

Dazu einzelne Fälle von symptomatischen Psychosen bei körperlichen Erkrankungen, bei Kopfverletzungen, von Morphinismus usw.

Ein erheblicher Teil der Fälle von Dementia praecox war nachweislich schon vor dem Kriege krank, ja zum Teil schon in Anstalten gewesen. Nur einzelne boten Wahnideen, die sich auf Kriegsereignisse bezogen, die Mehrzahl aber, auch wenn sie mitten im Kriege erkrankt waren, zeigten keinen Zusammenhang mit den Kriegsvorgängen in ihrer Wahnbildung.

Manisch-depressives Irresein: Zum Teil Fälle mit schwerer, hartnäckiger, eintöniger Depression und Angst, anscheinend erwachsen auf angeborener geistiger Minderwertigkeit und ausgelöst durch die besonderen ungünstigen Verhältnisse (Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen, Sorge um die Familie). Andere hatten schon vor dem Kriege Symptome geboten; sie fielen schon in den ersten Tagen des Feldzuges durch abnormen Tatendrang auf.

Chronischer Alkoholismus: Erschwerung des Dienstes durch Stumpfheit und Reizbarkeit mit oder ohne Alkoholeinfluß. Mehrfach atypische Rauschzustände und epileptiforme Erscheinungen und Dämmerzustände (Verlassen der Truppe, längeres Umherirren).

Akute alkoholische Psychosen: Überwiegend akute Alkoholparanoia mit Gehörstäuschungen, die durchweg mit den Kriegsereignissen in engem Zusammenhang standen. In einzelnen Fällen Aufflackern einer chronischen Alkoholhalluzinose im Kriegsbeginn. In mehreren Fällen ausgesprochener Residualwahn, z. B. Festhalten an der Idee, daß die eigenen Kameraden mit Erschießen des Kranken gedroht hätten. Vereinzelt blieb Willensschwäche zurück. Mehrfach Selbstmordversuche unter dem Einfluß der beängstigenden Halluzinationen.

Von den Epileptikern hatte ein großer Teil schon früher Anfälle gehabt.

Die Feststellung der Anfälle gelang vielfach durch Kochsalzgaben.

Mehrfach wurden Dämmerzustände beobachtet, ohne daß Epilepsie oder psychopathische Veranlagung, speziell Hysterie, nachgewiesen werden konnte.

Psychopathische Konstitution: Einesteils Neurastheniker (Übererregbarkeit, Kopfdruck, Rückenschmerzen, Schwindel usw.), andererseits von Haus aus eigenartige Persönlichkeiten, Sonderlinge.

Pathologische Reaktionen: Intellektuell zum Teil sehr gut veranlagte Kranke und von einem besonders starken patriotischen Drange beseelt, aber mit leichtem Eintreten einer besonderen Art Reaktion auf äußere Umstände, worin die Gefahr von Konflikten und von Selbstmordversuchen liegt. „Immerhin hält eine Reihe von Psychopathen den Kriegsdienst nach meinen Beobachtungen bisher gut durch, ja, leistet Hervorragendes. Es scheint fast, als ob der besondere Anreiz, der in den kriegerischen Verhältnissen mit ihren unbegrenzten Möglichkeiten liegt, für manche solcher Individuen gerade eine freiere Entwicklung als in der ruhigen Friedenszeit gewährt." Auch einigen Fällen von Morphinismus auf der Basis psychopathischer Konstitution ist der Krieg bisher besonders gut bekommen.

Die auf psychogenen Ursachen verschiedener Art an nervösen und psychischen Störungen Erkrankten haben häufig lokalisierte nervöse Erscheinungen. Leichte Erregbarkeit, Depression, Erschöpfung, Abnahme der Energie; Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, motorische und sensible Paresen und Hemiplegien, Astasie und Abasie, sensible Ausfallserscheinungen, krampfartige Störungen verschiedenen Gepräges, Zittern usw. in unendlicher Mannigfaltigkeit. Dabei Fehlen organischer Erscheinungen; andererseits eine große Suggestibilität, auch in bezug auf die Therapie. In der Mehrzahl der Fälle trat bald wesentliche Besserung ein. Psychisch: nicht selten Weinkrämpfe auch bei durch Tapferkeit und Mut schon bewährten Männern, große Empfindlichkeit, starke Neigung zu Verstimmungen; besonders das Eintreten von Willensschwäche im Gegensatz zu sonst; das Gefühl der Unfähigkeit, sich zu beherrschen; Klagen, daß fast wider Willen unüberlegte Äußerungen und Handlungen sich einstellten, die die Kranken sonst leicht zu vermeiden imstande gewesen wären. (Reizbare Schwäche oder explosive Diathese); Zustände ähnlich wie nach längerem Aufenthalt in den Tropen oder bei traumatischer Neu-

rose. Ursächlich: besonders Einschlagen von Granaten in unmittelbarer Nähe, ohne äußere Verletzung, langes Liegen in Schützengräben; in vielen Fällen war eine gewisse Disposition nachweisbar. Selten eigentliche Dämmerzustände mit stark effektbetontem Ereignis im Mittelpunkt. Vereinzelt Ganserscher Symptomenkomplex (Abgrenzung von Dementia praecox war manchmal sehr schwierig).

Traumatische Psychose nach Kopfverletzungen: Auffallende Euphorie, Mangel an Verständnis für die Schwere der Verletzung, Benommenheit, Störungen der Merkfähigkeit und mangelnde Orientierung, besonders zeitlich, auch bei ganz geordnetem äußerem Verhalten, Neigung zur Perseveration, Erschwerung der Auffassung und Kombination; seltener deliriöse und Erregungszustände.

Imbezille; meist Ersatzreservisten, auch Kriegsfreiwillige; vereinzelt Ganserscher Symptomenkomplex; zuweilen vorübergehende stärkere Erregung und Depression. —

Ab und zu traf M. auf eine gewisse Spionenfurcht, gegen Vorgesetzte und Kameraden gerichtet, die über die allgemein herrschenden Massenbeunruhigungen hinausgingen; — überwertige Idee im Sinne Wernickes. B.

— **Richtlinien für die kriegschirurgische Tätigkeit des Arztes auf den Verbandplätzen.** Auf Grund der Erfahrungen namhafter deutscher und österreichisch-ungarischer Autoren zusammengestellt von Prof. Dr. Walter v. Oettingen, Chirurg in Berlin-Wilmersdorf. Dresden und Leipzig 1914, Verlag von Th. Steinkopff. Preis 1,40 M.

Das 52 Seiten umfassende Büchlein soll im Kriege selbst angesichts des soeben herangetragenen oder herantretenden frisch verletzten Kriegers ein treuer Ratgeber sein. Doch auch im Frieden wird es bei manchem Unfalle dem Arzte beratend zur Seite stehen. Es wurde erstrebt, in neun Kapiteln nach Möglichkeit alle Arten der denkbaren Verletzungen einzureihen. Das Heft verdient wärmste Empfehlung. B.

Therapeutisches.

— **Über Elarson, besonders bei Basedowscher Krankheit.** Von Dr. Oscar Kohnstamm. (Aus dem Sanatorium Dr. Kohnstamm, Königstein i. T..) Die Therapie der Gegenwart November 1913.

Bei Morbus Basedowii gab K. Elarson in Verbindung mit Merckschen Antithyreoidintabletten, und zwar in der Art, daß von einer Elarsontablette zu 0,5 mg ansteigend jeden Tag eine mehr genommen wurde, bis zu 20 bis 25 Tabletten am Tag, auf drei Tagesgaben verteilt. Gleichzeitig stieg er mit den Antithyreoidintabletten von 1 bis 15 pro die, ungefähr jeden dritten Tag um eine steigend. Nachdem beide Mittel gleichzeitig ihre maximale Dosis erreicht hatten, ging er mit beiden auf dieselbe Weise zurück.

— **Jodglidine in der Augenheilkunde.** Der bekannte Jenaer Augenarzt Professor Dr. Theod. Meyer-Steineg erläutert in einem in Nr. 27 und 28 der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges enthaltenen Artikel „Die nichtoperative Behandlung des Alters-Stars" seine auf diesem Gebiete erfolgreich durchgeführten Versuchsreihen. Er hat sich bei der Behandlung von Starkranken, wie aus seinen Ausführungen in Nr. 28 hervorgeht, hauptsächlich der allgemeinen Jodtherapie zugewendet und er spricht auch das Jod als eins der wirksamsten Hilfsmittel an, wenn es, worauf es besonders ankommt, in kleineren Dosen gegeben wird. Der Verfasser hat sich nach seinen Angaben bei dieser Therapie ausschließlich des Jodglidine bedient.

— **Eisentherapie und Ferro-Glidine** betitelt sich eine soeben in der Nummer 3 1914 der Klinisch-therapeutischen Wochenschrift erschienene Arbeit aus der Feder des Herrn Dr. Eduard Bloch in Linz a. D. Der Verf. schildert nach längeren allgemeinen Ausführungen über die Verwendung von Eisen in der Therapie seine außerordentlich günstig verlaufenen Versuchsreihen, die er mit dem Eisenpräparat Ferro-Glidine in verschiedenen für die Eisenmedikation geeigneten Fällen angestellt hat.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Stellengesuche

Die Stelle der

Oberin

an der **Provinzial-Heilanstalt Stralsund** ist zum 1. 4. d. J. zu besetzen. Gehalt 900—1500 M jährlich steigend um 50 M; völlig freie Station I. Klasse; Beamtenstellung.

Gesunde Damen mit entsprechender Vorbildung wollen sich sogleich mit Lebenslauf und Papieren melden bei der **Direktion der Provinzial-Heil-Anstalt Stralsund.**

Grossh. Hess. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alzey (Rheinhessen) sucht alsbald

Assistenzarzt oder Ärztin

Bezüge: 2200 M. jährlich um 200 M steigend, und freie Station I. Klasse. Frühere ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden.

Medizinal-Praktikanten

gegen freie Station (bei längerem Aufenthalt auch weitere Vergünstigungen). Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die **Direktion.**

Hilfsarzt (Ärztin)

zum 1. 4. a. c. f. Privatirrenanstalt im westl. Vorort Berlins ges. Psychiatr. Vorb. erw. Gehalt nach Vereinb. Meld. m. Zeugnisabschr. erb. durch d. Annoncenexp. **Rudolf Mosse, Berlin SW.** unter **J. G. 15374.**

An den **Kückenmühler Anstalten in Stettin** (Evang. Heil- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige, Epileptische u. Psychopathen, zurzeit an 1200 Kranke) ist die

Stelle eines Assistenzarztes oder einer Assistenzärztin

sofort zu besetzen, ev. auch durch einen älteren Kandidaten der Medizin. Gehalt 1800—2400 M und freie Station je nach Vorbildung. Meldungen nebst Zeugnisabschriften an den **Chefarzt Dr. Schnitzer.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 47/48. 27. Februar **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Neuere Arbeiten über Tetanus.

Sammelreferat von Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

8. Einige Ratschläge für die Behandlung des Wundstarrkrampfes. Von Prof. Eduard Müller in Marburg, zurzeit Stabsarzt und leitender Arzt eines Seuchenlazaretts. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.

Der so häufig im Beginn auftretende „lokale Tetanus" spricht für die vorwiegende Verbreitung des Giftes längst der peripheren Nerven zum Zentralnervensystem. Als „Allgemeinsymptome" werden genannt Neigung zum Schwitzen, Stuhlverstopfung, Disurie und Schlafstörung. Müller legt allergrößten Wert auf die Allgemeinbehandlung. Möglichste körperliche und geistige Ruhe, strengste Fernhaltung aller Reize, gedämpfte Beleuchtung, Gehen auf Filzschuhen usw. Bestes Heil- und Linderungsmittel sind in leichteren und mittelschweren Fällen die heißen Bäder, täglich durchschnittlich zwei, beginnend mit 36° C, steigend durch Zulauf heißen Wassers bis 41°, selbst 42° C. Dauer 20 bis 30 Minuten. „Man kann das Nachlassen des Trismus in den heißen Bädern geradezu messen." Die Kranken können durch das verbesserte Mundöffnen leichter ernährt werden. Als Arzneimittel hat Müller bisher das Luminal am besten bewährt gefunden. Nötigenfalls wird das Luminalnatrium (Farbenfabriken vormals Bayer & Co., Elberfeld, sowie E. Merck, Darmstadt) subkutan injiziert. Müller gibt subkutan, gewöhnlich abends, 0,4 g Luminalnatrium, sowie vor- und nachmittags je 0.2 g. Es wirkt krampfmildernd, schmerzstillend und schlafbringend. Innerlich abends 0,3, tagsüber zweimal 0,15 g. Man kann die Gesamtdosis, innerlich wie bei subkutaner Darreichung, erheblich steigern, zumal in Form häufiger Einzelgaben. Müller gab bis zu fünfmal täglich 0,4 Luminalnatrium. In leichteren Fällen verschreibt er Salizylpräparate. Nach dem Vorschlag von Weintraub, im Hinblick auf das anaërobe Wachstum der Tetanusbazillen von dicken Verbänden abzusehen und für ausgiebige Sauerstoffzufuhr in die buchtigen Wunden mit festen Wasserstoffsuperoxydpräparaten, z. B. mit den von den Elberfelder Farbenfabriken vormals Bayer & Co. hergestellten Ortizonstäbchen, zu sorgen, benutzt Müller jetzt diese Stäbchen; gleichzeitig mehrere Male täglich längere Berieselung der Wunden mit Wasserstoffsuperoxydlösung, ferner lokale Sauerstoffbäder der verletzten Glieder und häufigere energischere gasförmige Sauerstoffzufuhr in die Wunden mittels Sauerstoffbomben. Von der Magnesiumsulfat- und Serumbehandlung hat Müller sichere Erfolge nicht gesehen. Die prophylaktische Einspritzung verdiene Beachtung. Müller hat bekannten Offizieren, die in den Krieg zogen, ihre Schutzdosis mitgegeben. Man müsse versuchen, eine wirksame und ungefährliche Art aktiver Immunisierung bei den ins Feld ziehenden Soldaten zu erreichen, da schließlich eben alle Wunden „verdächtig" seien. In zwei schweren Fällen von Tetanus mit ernster Erstickungsgefahr infolge begleitender Krämpfe der Atemmuskulatur wurde durch Tracheotomie die Atmung ganz auffällig gebessert, die Zyanose schwand während aller weiterer Anfälle fast völlig; es wurde sofort nach der Tracheotomie ganz massenhaft

Sekret durch die Trachealwunde herausgeschleudert. Der eine dieser beiden Fälle starb später an Herzinsuffizienz bei freier Atmung, der andere blieb am Leben.

9. Zur Behandlung des Tetanus. Von Dr. Rothfuchs, Oberarzt des Hafenkrankenhauses. Aus dem Reservelazarett V, Hamburg, Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten und Abteilung Hafenkrankenhaus. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.

Rothfuchs berichtet über zwei Fälle von Tetanus, die durch Salvarsan neben Antitoxin „in ungeahnter Weise günstig beeinflußt" wurden. Beide Kranke sind „vollkommen genesen". Von weiteren sechs auf diese Weise behandelten Fällen sind zwei mittelschwere vollständig genesen, zwei schwere zurzeit der Veröffentlichung erheblich gebessert und außer Gefahr, ein schwerer vollständig geheilt, ein schwerer an Pneumonie gestorben. Die Krankheitsgeschichten sind im Original mitgeteilt. Rothfuchs empfiehlt, sofort nach Ausbruch des Tetanus mit Antitoxin zu beginnen und am zweiten, vielleicht am dritten Tag Salvarsan zu geben.

10. Über die Behandlung des Tetanus mit Luminal. Von Dr. Kühn in Bad Neuenahr. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.

In dem mitgeteilten Fall von Tetanus war Morphium mit Atropin, Brom, Tetanusserum intralumbal und intravenös ohne den geringsten Erfolg; der Fall schien hoffnungslos. Als Luminal angewandt wurde, trat mit einem Schlage eine Wendung im Krankheitsbilde ein. Es wurde gegeben zunächst 0,3 g, dann alle 4 bis 5 Stunden 0,1 g, dazwischendurch noch 0,3 g am Abend, in den ersten drei Tagen durchschnittlich pro die 1,0 g.

11. Zur Behandlung des Tetanus. (Vorläufige Mitteilung.) Von Karl Alexander, Feldunterarzt. Aus dem Reservelazarett Ingolstädt II. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.

Von zehn Fällen starben zwei, die neben Serum mit 5 g Chloralhydrat pro die behandelt waren, die übrigen acht, mit einer einmaligen Dosis von 10 g pro die per clysma in einer Dosis neben Antitoxin (am ersten Tage 100 A. E. intravenös, am zweiten 100 A. E. intradural, am dritten 100 A. E. subkutan) behandelt, wurden geheilt. Bedrohliche Nebenwirkung auf Herz und Atmung seitens dieser hohen Dosen Chloralhydrat wurde nicht beobachtet. Außerdem bei sehr schweren Fällen Tamponierung der Wunde mit flüssigem Serum oder Behandlung mit Trockenserum.

12. Zur Behandlung des Wundstarrkrampfs. Von Dr. Albert Angerer, Assistenzarzt d. Res. Aus dem Reservelazarett Ingolstadt. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wchenschr. vom 10. November 1914.

24 Fälle. In mehreren Fällen Behandlung mit Magnesiumsulfat: nur Mißerfolge, keine Heilung. Des weiteren Mitteilung der Kombination von Antitoxin und Chloralhydrat, wie es oben von Alexander beschrieben. Es wurden von 300 bis 1600 A. E. Antitoxin gegeben, zu je 100 A. E.

13. Beiträge zur Heilserumbehandlung des Tetanus. Von Dr. A. Heddäus, Spezialarzt für Chirurgie in Heidelberg, zurzeit Chefarzt des Reverselazarettes Schulhaus III. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 3. November 1914.

Von acht Fällen gelangten sechs zur Heilung. Heddäus hat außer der intravenösen und subduralen (lumbalen) Methode noch die intraarterielle angewandt, und zwar letztere meist in Kombination mit der subduralen, „um so den Feind von zwei Seiten zu fassen". Die Technik beschreibt er wie folgt: „Man legt die Karotis (entweder in Narkose oder in Lokalanästhesie, je nach Art des Falles) frei und spritzt, die Nadel schräg in der Richtung des Blutstromes einführend, die entsprechende Menge Heilserum ins Blut. Es sei vorweg bemerkt, daß ich in keinem Falle irgendeine unangenehme Nebenerscheinung dieser Applikation gesehen habe. Die kleine Hautwunde wird mit 3 bis 4 Herffschen Klammern geschlossen." Die acht Krankengeschichten werden eingehend mitgeteilt. Daneben wurden Narkotika gegeben. Eine Einwirkung des Antitoxins steht für Heddäus außer Zweifel. In zwei Fällen machte er die intraarterielle Einspritzung doppelseitig. Heddäus mißt auch der prophylaktischen immunisierenden Antitoxineinspritzung großen Wert bei.

14. Kurze Mitteilung über Wundstarrkrampffälle und ihre Behandlung im Reservelazarett Münster in Westf. Von Dr. Siemon, Generaloberarzt und Reservelazarettdirektor. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914.

Vom 1. September bis 13. Oktober 1914 wurden im bezeichneten Lazarett unter ca. 1500 deutschen Verwundeten 26 Fälle = 1,66%, unter 600 französischen Verwundeten 2 Fälle = 0,33%, von Tetanus beobachtet. Jene 1,66% sind ungefähr das Fünffache des Prozentverhältnisses von Tetanusfällen auf die Zahl der Gesamtverwundungen in den



Kriegen des vorigen Jahrhunderts berechnet. Bei mehr als der Hälfte der Fälle handelte es sich um Granatsplitterverletzungen, vereinzelt um solche durch Schrapnellkugeln. In allen Fällen handelte es sich um Verletzungen von Gliedmaßen. Frühester Krankheitsbeginn dritter Tag nach der Verletzung. Zweimal gelang es, Tetanussporen nachzuweisen, einmal an einem Tuchfetzen, das andere Mal im Wundeiter selbst. Die zehn ersten Fälle wurden mit Tetanusantitoxin Höchst behandelt, 50 bis 100 A. E., täglich wiederholt, teils intralumbal, teils intravenös und subkutan; nur einer wurde geheilt, neun starben. Magnesiumsulfat, das später — subkutan — eingespritzt wurde, milderte die Krämpfe sichtlich, ohne daß Kalziumchlorid angewendet werden mußte. Seit 1. Oktober verwendet Siemon eine kombinierte Behandlung nach folgender Methode: „Sofort nach dem Eintreten der ersten Erscheinungen 100 A. E. Tetanusheilserum Behring (vierfach flüssiges Tetanusheilserum, 4 A. E. in 1 ccm) in möglichster Nähe der Verletzung subkutan; falls die Injektion in der Nähe der Wunde nicht gut ausführbar ist, subkutan in der Mohrenheimschen Grube. Dann täglich zwei Injektionen des sterilen Magnesiumsulfates R. E. je 10 ccm (10 ccm entsprechen 4 g $MgSO_4$) bezw. dreimal 10 ccm einer 25%igen Magnesiumsulfatlösung. Alle Injektionen subkutan am Oberarm oder Oberschenkel oder Brust. Wenn die Krämpfe nachlassen, täglich nur die halbe Menge der angegebenen Injektionen. Ferner täglich, gewöhnlich abends, ein heißes Bad von 40° 20 Minuten, danach Bestrahlen mit der Höhensonne: Am ersten Tage 50 cm Abstand 5 Minuten lang (normalerweise die höchste Beleuchtungszeit). Dabei zeigt sich, daß die Patienten, mit Ausnahme von zwei Fällen, darunter einer mit leichtem Wundstarrkrampf, auch nach den späteren langen Bestrahlungen keine Rötung oder Brennen der Haut aufweisen. Am zweiten Tage 50 cm Abstand 10 Minuten, am dritten Tage 15 Minuten lang bei 50 cm Abstand, am vierten Tage für Rücken und vordere Körperhälfte je 20 Minuten Beleuchtungszeit bei 75 cm Abstand. Steigerung der Bestrahlung bis zur halben Stunde für jede Körperhälfte. Solange die Krämpfe heftig auftreten, des Abends zum Schlafen 2 g Chloralhydrat als Klysma." Seit Beginn dieser Behandlung ist „ein vollkommener Umschwung in der Mortalität" eingetreten. Nur ein Fall starb, drei wurden geheilt, acht befanden sich zur Zeit der Publikation auf dem Wege der Besserung. Daneben gründliche Desinfektion der Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd und nötigenfalls chirurgische Eingriffe (auch Amputationen).

Siemon versucht, durch Fragebogen Klarheit über die Entstehung und das so häufige Auftreten des Tetanus zu erzielen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem Bericht über die Verwaltung der Westpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Conradstein für das Rechnungsjahr 1913.

(Direktor Dr. **Braune.**)

Dem Bericht entnehmen wir zunächst den Auszug des Gutachtens über einen Fall von Querulantenwahnsinn, der seinerzeit lebhaft in Tageszeitungen besprochen und von einem Teil der Tagespresse zu ebenso leidenschaftlichen wie ungerechtfertigten Angriffen auf die Irrenärzte ausgeschlachtet wurde.

Der praktische Arzt Dr. Sch. in C. hatte, zugleich als Vertreter der Erben seines verstorbenen Schwiegervaters, eine größere Anzahl Prozesse geführt, von denen ein Teil ungünstig für ihn verlaufen war und von denen einzelne sich jahrelang hinzogen. Er hatte alsdann, um zu seinem Recht zu gelangen, Beschwerden in großer Zahl eingereicht, bei den Parlamenten, dem Reichskanzler, bei sämtlichen politischen Parteien, bei dem Gesamtministerium, dem Kriegsminister, dem Justizminister, dem Oberpräsidenten, dem Regierungspräsidenten, dem Oberstaatsanwalt, bei den Gerichts- und Militärbehörden. Schließlich erhob er auch gegen diejenigen, durch die er glaubte, geschädigt zu sein, Beschuldigungen, die ihm wieder Klagen wegen Beleidigungen eintrugen. Unter denjenigen, die ihm Schaden zugefügt haben sollten, war es besonders der Bürgermeister von C., der ihn auf Schritt und Tritt verfolgt haben sollte, aber auch andere Beamte und eine Anzahl Bürger der Stadt C. beschuldigte er in gleicher Weise. Den Beamten warf er vor, wissentlich falsche Berichte über ihn erstattet und Meineide geleistet zu haben, ja er behauptete schließlich, daß sich in C. eine ganze „Meineidgesellschaft" gegen ihn gebildet hätte. Da er nun auf seine Beschwerdeschriften nicht den erwarteten für ihn günstigen Bescheid erhielt, beschuldigte er auch die Behörden, an die er sich vergeblich gewendet hatte, wissentlich falsche Berichte über ihn verfaßt, wider besseres Wissen Entscheidungen getroffen, die Protokolle



gefälscht und mit seinen Feinden unter einer Decke gesteckt zu haben. Schon im Jahre 1910 war er wegen Beleidigung des Provinzial-Schulkollegiums der Provinz Westpreußen in eine Geldstrafe von 200 Mark genommen worden. Nachdem er dann weiter jahrelang mündlich und in zahllosen, hunderte von Seiten umfassenden Schriftstücken und Drucksachen viele Beamte beleidigt hatte, wurde gegen ihn Anklage wegen Beleidigung erhoben.

In der öffentlichen Sitzung der Strafkammer I des Landgerichts Th. wurde am 28. April 1913 auf Antrag des Königlichen Kreisarztes Medizinalrats Dr. W. in Th. beschlossen, den Angeschuldigten gemäß § 81 StPO. in einer öffentlichen Irrenanstalt auf seinen Geisteszustand beobachten zu lassen. Diesem Antrage wurde stattgegeben und der Angeschuldigte in der Anstalt Conradstein vom 31. Juli bis 6. September 1913 beobachtet.

Dr. Sch. äußerte auch hier die gleichen früher schon ausgesprochenen Beschuldigungen und war nicht davon zu überzeugen, daß viele von ihnen, die als die Wahnideen eines Geisteskranken angesprochen werden mußten, unhaltbar waren. Er hatte auch eigenartige Ansichten über medizinische Dinge, so z. B. gab er dem künstlichen Dünger die Schuld an vielen Erkrankungen. Seine Ansicht war es, daß durch den künstlichen Dünger die Feldfrüchte schädliche Eigenschaften erhielten, sie riefen dadurch bei Menschen Geisteskrankheiten und Typhus und bei Tieren Maul- und Klauenseuche oder Schweineseuche u. dgl. hervor. Dr. Sch. glaubte auch, daß ihm durch die Ärzte der Anstalt heimlich Morphium und Atropin beigebracht wären, um bei ihm Anzeichen von Geistesstörung hervorzurufen. Denn er war der Meinung, daß die Irrenärzte „von oben" abhängig wären, und deshalb ihre Gutachten den Wünschen der vorgesetzten Behörden entsprechend abgeben müßten. Da er nun geistig völlig gesund zu sein glaubte, er aber unter allen Umständen für geisteskrank erklärt werden müßte, damit verhindert würde, daß der Schmutz, den die Behörden durch ihre Verfehlungen angehäuft hätten und den er aufdecken wollte, ans Tageslicht käme, so hätten die Irrenärzte, die ihn zu begutachten hätten, zu dem Mittel gegriffen, ihm Gifte beizubringen, die bei ihm Zustände von Verwirrtheit und Erregung hervorrufen mußten. Dr. Sch. hat wiederholt erklärt, daß er aus den Speisen und Getränken, die er hier erhalten habe, Morphium herausgeschmeckt hätte, er hat die Wirkung des Morphiums und des Atropins sogar ganz deutlich an sich verspüren wollen und hat sogar das Morphium in seinem Kot durch den Geruch wahrnehmen wollen. Die Vorstellung, daß er durch Morphium und Atropin vergiftet wäre, hat bei ihm auf dem Wege der Autosuggestion tatsächlich mehrmals kurze Zustände ängstlicher Erregung hervorgerufen.

Das erforderte Gutachten mußte auf Grund der Beobachtung dahin abgegeben werden, daß Dr. Sch. an Querulantenwahnsinn litt und sich zur Zeit der Begehung der Straftaten, deren er angeschuldigt war, in einem Zustande krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befand. Diesem Gutachten gemäß wurde er am 28. Februar 1914 freigesprochen.

Wie er vorher seine vermeintlichen Gegner durch Flugblätter, Broschüren, Zeitungsartikel und Reden in Versammlungen angegriffen hatte, so tat er dasselbe auch mit der Anstalt Conradstein und den beiden Ärzten, die ihn begutachtet hatten, sobald er wußte, wie das Gutachten lautete. Es kam ihm nicht darauf an, Behauptungen aufzustellen, die mit den Tatsachen in Widerspruch standen, und sich ein Urteil anzumaßen über Verhältnisse der Anstalt, von denen er nicht die geringste Kenntnis erhalten hatte. Seine Bemühungen, die Entscheidung in seiner Angelegenheit zu verschleppen, dadurch, daß er gegen die Gutachter wegen ihrer vermeintlichen Vergiftungsversuche bei Gericht Anzeige erstattete und sie dann als befangen abzulehnen versuchte und dergl. mehr, wurden schließlich durch die auf den 27. und 28. Februar 1914 anberaumte Gerichtsverhandlung und seine Freisprechung wegen Geisteskrankheit verhindert. Alsdann hörten auch seine Angriffe gegen die Anstalt und die Gutachter auf. —

Der Gesundheitszustand ließ auch im Berichtsjahre zu wünschen übrig, da wieder eine größere Anzahl Typhusfälle auftraten. Nachdem seit Ende Mai 1912 ein Typhusfall wieder im November 1912 festgestellt war, erkrankte ein geisteskranker Mann am 19. April 1913 in dem festen Hause 21 und nach einer Woche in demselben Haus ein zweiter. Im ganzen sind im Berichtsjahre 64 Typhusfälle aufgetreten, die sich auf die einzelnen Monate in folgender Weise verteilen:

April 2, Mai —, Juni 3, Juli 14, August 11, September 4, Oktober 4, November —, Dezember 6, Januar 1, Februar 16, März 3.

Es handelte sich um 31 männliche und 33 weibliche Kranke, und zwar:

Männer: 27 Geisteskranke, 3 Pfleger, 1 Knabe (Pflegerkind).

Frauen: 17 Geisteskranke, 6 Pflegerinnen, 7 erwachsene sonstige geistig Gesunde, 3 Mädchen (Pflegerkinder).

Von den Erkrankten verstarben 7 Geisteskranke, 3 Männer und 4 Frauen.



Da angenommen wurde, daß sich in der Anstalt unerkannte Bazillenträger fänden und die wieder aufgetretenen Typhusfälle mit veranlaßt hätten, wurden die Bewohner der verdächtigen Häuser wiederholt untersucht. Es wurden dadurch 20 Bazillenträger ermittelt, und zwar 6 Männer und 14 Frauen, darunter ein Pfleger und drei Pflegerinnen.

Die in den früheren Jahren festgestellten Bazillenträger sind, soweit sie nicht entlassen oder verstorben sind, regelmäßig im Monat zweimal auf Typhusbazillen untersucht worden. Bei einer größeren Anzahl haben sich immer wieder Bazillen gefunden, mitunter noch nach einer Zwischenzeit von 6 bis 8 Monaten. In einem Falle fanden sich Bazillen noch, nachdem 42 Untersuchungen stattgefunden hatten. Am Schluß des Rechnungsjahres waren noch 69 Bazillenträger, 26 Männer und 43 Frauen, vorhanden.

Es ist auch weiterhin versucht worden, die Bazillenträger keimfrei zu machen. Es wurden Einspritzungen mit einer Autovakzine vorgenommen und weiterhin mit einer auf andere Weise hergestellten Autovakzine. Eine Abtötung der Typhusbazillen ist dadurch leider nicht erreicht worden. Die begonnenen Versuche sollen weiterhin fortgesetzt werden.

Für die frühzeitige Erkennung der Typhusfälle haben die von der Firma Merck-Darmstadt hergestellten Kayser-Konradischen Typhus-Gallenröhrchen gute Dienste geleistet. Es gelingt in frischen Krankheitsfällen durch sie die Typhusbazillen im Blut der Erkrankten meist schon dann nachzuweisen, wenn das Fieber erst einige Tage besteht und es gelingt, auch leichte Fälle, in denen nur geringes und nur wenige Tage anhaltendes Fieber vorhanden war, als Typhusfälle zu erkennen, so daß es möglich wird, durch ihre frühzeitige Absonderung die Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit durch Kontaktinfektion erheblich zu vermindern.

Der Familienpflege konnten nur zu Beginn des Berichtsjahres einige weitere Kranke zugeführt werden. Späterhin war ein Ersatz der ausscheidenden Pfleglinge wegen der Gefahr der Ansteckung mit Typhus nicht möglich, so daß ihre Zahl noch weiter sank.

	M.	Fr.	zus.
In Pflege waren am 1. April 1913	66	67	133
Zugang	10	17	27
Summa:	76	84	160.
Abgang	21	23	44
In Pflege am 31. März 1914 . . .	55	61	116.

Weil Typhusfälle in der Pflegerfamilie auftraten oder Angehörige als Bazillenträger ermittelt waren, wurden 9 Frauen und 1 Mann zurückgenommen. Drei Pflegestellen in den Pflegehäusern und eine in Saaben gingen deshalb vorläufig ein. 9 Männer und 7 Frauen kehrten wegen körperlicher Erkrankung in die Anstalt zurück, einige konnten aber späterhin wieder in ihre Pflegestellen zurückgegeben werden. In zwei Fällen traten unerwartet Todesfälle ein; eine Frau starb auf dem Klosett, die Obduktion ergab Blutung in dem Herzbeutel infolge Sklerose der Kranzgefäße; im anderen Falle war Verödung des Herzbeutels und Herzschwäche die Ursache, daß die Kranke einem unbedeutenden Bronchialkatarrh erlag. Bei 8 Männern und 4 Frauen traten Veränderungen des geistigen Zustandes bezw. Erregungszustände auf, die auch zu Entweichungsversuchen Veranlassung gaben und zur Zurücknahme nötigten. In einem Falle gelang es einem Kranken zu entweichen. 2 Männer und 2 Frauen wurden wegen anhaltender Unsauberkeit zurückgegeben.

Bei einer Frau hatte sich der Zustand soweit gebessert, daß sie auf Wunsch ihrer Angehörigen nach Hause entlassen werden konnte.

Der Örtlichkeit nach verteilten sich die verbleibenden Kranken folgendermaßen:

	M.	Fr.	zus.
Stadt Pr. Stargard	34	14	48
Dorf Saaben	15	12	27
Pflegehäuser und Gutshof in Conradstein	6	35	41
Summa:	55	61	116.

Von den Pflegerfamilien waren Krankenpfleger und Angestellte der Anstalt 33, einem anderen Berufe gehörten 23 an; insgesamt waren also 56 Pflegestellen am Ende des Jahres vorhanden.

Die Beschäftigung der Kranken ist in der bisherigen Weise gehandhabt worden. Über die einzelnen Arbeitszweige und die Zahl der Arbeitstage geben sehr genaue Tabellen Auskunft.

Die im vergangenen Berichtsjahre eingerichtete Weberei hat weitere Ausdehnung erfahren. Es sind auf der Männerseite 5 Webstühle und auf der Frauenseite 1 Webstuhl aufgestellt. Die Arbeit wird von den Kranken gern ausgeführt, von denen sich manche schon eine erhebliche Fertigkeit angeeignet haben. Seit einigen Monaten sind auch Schnellschützen eingeführt, durch welche die Arbeitsleistung auf das Doppelte gesteigert werden kann.

Auf der Männerseite werden die Webearbeiten in dem festen Hause ausgeführt. Es ist dadurch ermöglicht worden, in dem festen Hause einer Anzahl rüstiger Kranker, die das Verlangen



nach Beschäftigung hatten, die ihnen aber bisher nicht gewährt werden konnte, eine ihnen zusagende Tätigkeit zu verschaffen. Indessen konnten dadurch noch nicht alle Kranken beschäftigt werden. Es ist das nun erreicht worden auf folgende Weise. In der Schneiderwerkstatt werden Kleidungsstücke, bei denen es auf besonders guten Sitz nicht ankommt, und bei deren Anfertigung der Nähende deshalb nicht einer Schere bedarf, zugeschnitten und dann nach dem festen Hause gebracht. Dort werden sie fertiggestellt, die Kranken erhalten dazu nur Nadel und Zwirn in die Hand. Die Kleidungsstücke, die auf diese Weise hergestellt werden, sind: Barchentunterbeinkleider, Barchentunterjacken, Lazarettmäntel, Drillichsachen, Arbeitsblusen und Schürzen, außerdem Strohsäcke. Auf diese Weise ist es jetzt gelungen, alle arbeitswilligen und arbeitsfähigen Kranken des festen Hauses zu beschäftigen.

Die Pfleger und Pflegerinnen erhielten im Winterhalbjahr durch den 1. und 3. Oberarzt regelmäßig Unterricht in der Krankenpflege. Sie wurden hierbei auch immer wieder auf die Vorteile der Lebensversicherung hingewiesen und es haben auch eine größere Anzahl von ihnen Versicherungen bei der Volksversicherung der Provinz Westpreußen aufgenommen.

Mitteilungen.

— **Psychiatrisches vom Kriegsschauplatz.** Vortrag von Sanitätsrat Dr. Albert Moll. Auf dem Kriegsärztlichen Abend in Berlin am 12. Januar 1915 berichtete Sanitätsrat Dr. Albert Moll über seine psychiatrische Studienreise nach dem westlichen Kriegsschauplatz, die ihn durch die Lazarette Frankreichs und Belgiens führte und das erfreuliche Resultat ergab, daß, besonders im Verhältnis zu den gewaltigen Heeresmassen, nur wenig Geisteskrankheiten dort zu finden sind, während nervöse Störungen etwas häufiger auftreten. Seine eigenen Beobachtungen wie auch die der Truppen- und Lazarettärzte ergaben dasselbe erfreuliche Resultat. Nur verschwindend wenig Fälle von Imbezillität wurden beobachtet. Der Grund ist einmal die bessere psychiatrische Ausbildung der Militärärzte, die solche Kranken sofort ausmustern, und die Tatsache, daß die Akten der Hilfsschulen und der Irrenanstalten den Ersatzkommissionen zugänglich gemacht werden. Wenige primäre Alkoholpsychosen sind in die besonderen Abteilungen der Lazarette aufgenommen worden. Moll hat während seiner Reise nur zwei betrunkene Soldaten gesehen. Daß nicht völlige Abstinenz während des Feldzuges verlangt wird, hält Moll für ganz berechtigt, doch für wünschenswert, daß die Liebesgaben an Alkohol an die Truppen durch den Vorgesetzten verteilt werden. In Lüttich, wo eine Nervenabteilung im Lazarett eingerichtet ist, wurden bis Mitte November nur 19 Kranke aufgenommen; davon waren 3 Epileptiker, 3 Fälle von Angstneurose und 6 Alkoholpsychosen. Bei der großen Menge von Soldaten, die in der dortigen Gegend liegen oder sie durchziehen, eine geringe Zahl. In Brüssel wurden 120 Kranke auf der Abteilung behandelt, davon war aber eine große Zahl organischer Nervenkrankheiten, wie Schußverletzungen der Nerven oder Schlaganfälle, ferner 5 primäre Alkoholpsychosen, 13 Paralysen, 17 Epileptiker und 16 Hysterische. In einem großen Kriegslazarett in der Nähe der Argonnen, das eine sehr große Zahl von Soldaten passiert hat, wurden von dem Psychiater, der alle Kranken gesehen hat, nur 10 bis 12 Psychosen beobachtet. Fälle von Erschöpfungspsychosen wurden ebenso wie im russisch-japanischen Kriege beobachtet, die Moll aber mehr der Hysterie (?) als den eigentlichen Psychosen zurechnen will. Schwierig ist im Felde die Diagnose, da jede Anamnese fehlt, und die Frage, wo am besten die Behandlung von Psychosen stattzufinden hat. Ein Transport in die Heimat geschieht am besten in besonderen Abteilungen der Lazarettzüge, denen ein besonders ausgebildetes Sanitätspersonal zugewiesen ist. Erfreulich ist, daß die Massenpsyche des Heeres eine gesunde ist. (Nach Voss. Zeitung, Berlin, vom 13. Januar 1915.)

— **Irrenanstalt Langenhorn bei Hamburg** (Direktor Prof. Dr. Neuburger). Aus dem Jahresbericht 1913:

Die neugeschaffene Stelle eines 5. Abteilungsarztes wurde dem bisherigen Assistenzarzt der Irrenanstalt Friedrichsberg Dr. Schlippe übertragen. Am 31. Oktober wurde der Oberarzt Dr. Schäfer zum Professor ernannt.

Von den Neu- und Umbauten der dritten Erweiterung Langenhorns wurden ein Beobachtungshaus für Männer und ein Pflegehaus für Frauen fertiggestellt und mit Kranken belegt. Die Bauarbeiten bei dem zweiten gesicherten Hause kamen zum Abschluß, so daß dieser Krankenpavillon im Frühjahr 1914 bezogen werden konnte.

Fertiggestellt wurden ferner das bei dem neuen gesicherten Hause gelegene Beschäftigungshaus und ein für einen Oberarzt bestimmtes Wohnhaus.

In Betrieb genommen wurden das erweiterte Verwaltungsgebäude und die umgebaute und vergrößerte Küche.

Die vier letzten Krankenhäuser der dritten Erweiterung, zwei Lazarette und zwei Überwachungshäuser, wurden unter Dach gebracht.

Mit der Ausführung eines weiteren, durch Genehmigung des Budgets für das Jahr 1913 bewilligten Beschäftigungshauses wurde begonnen.

Im März/April 1913 wurden durch Senat und Bürgerschaft die Mittel zur Beschaffung der Inventargegen-



stände für die letzten vier Krankenhäuser der dritten Erweiterung im Betrage von 178 000 M bewilligt.

In der Irrenanstalt Langenhorn fanden im Jahre 1913 437 Geisteskranke Aufnahme. Von der Irrenanstalt Friedrichsberg wurden 251 Männer und 153 Frauen, zusammen 404 Personen, zugeführt. Aus den Gefängnissen in Fuhlsbüttel kamen 12 geistesgestörte Männer und 2 geistesgestörte Frauen. 18 Männer wurden gerichtsseitig zur Beobachtung ihres Geisteszustandes der Anstalt zugewiesen. Außerdem fand 1 Mann, der wegen vorliegender Geisteskrankheit vom Gericht exkulpiert worden war, auf Antrag der Polizeibehörde direkte Aufnahme.

Die Zahl der Kranken stieg in der Langenhorner Anstalt vom 1. Januar 1913 bis 31. Dezember 1913 von 1653 auf 1833, d. i. um 180 Personen.

Entlassen wurden 157 Kranke. Es starben im Laufe des Jahres 100 Pfleglinge.

Die Kosten des Verpflegungstages in Langenhorn. Teilt man die Zahl der Verpflegungstage aller Kranken der Irrenanstalt Langenhorn in die Gesamtkosten des ganzen Betriebes,[1]) so stellte sich die Ausgabe für den Tag und Kopf eines Kranken wie folgt:

1. Gehalte	0,2449 M
2. Unterstützung	0,0013 M
3. Löhne [1])	0,6011 M
4. Invaliden- und Krankenversicherungsbeiträge	0,0132 M
5. Zahlungen an den Schwesternverein	0,0058 M
6. Nahrungsmittel	1,0530 M
7. a) Feuerung	0,2801 M
b) Beleuchtung	0,0250 M
8. Gegenstände für den ärztlichen Gebrauch, Medikamente usw.	0,0420 M
9. a) Bekleidung für Angestellte	0,0350 M
b) Bekleidung für Kranke	0,1672 M
10. Unterhaltung der Gebäude usw.	0,1358 M
11. Mobiliar, Leinen, Betten, Wäschereinigung	0,2167 M
12. Verschiedenes:	
a) Vergnügungskosten	0,0256 M
b) Buchbinder, Buchdrucker- u. Schreibmaterialien	0,0131 M
c) Beerdigungskosten	0,0032 M
d) Notwendige und kleine Ausgaben	0,0218 M
e) Fuhrkosten	0,0031 M
13. Landwirtschaftlicher Betrieb [1])	0,0000 M
Zusammen:	2,8879 M.

— **Prozeß Lehmann-Hohenberg.** In dem bekannten Beleidigungsprozeß des früheren Universitätsprofessors Dr. Lehmann-Hohenberg hat das Reichsgericht (lt. Frankf. Ztg. vom 30. Januar 1915) die sowohl vom Angeklagten Lehmann-Hohenberg, wie von der Staatsanwaltschaft und von Dr. Bösser, dem Hausarzt Lehmann-Hohenbergs, eingelegten Revisionen als unbegründet verworfen, da Rechtsbedenken gegen die Entscheidung des Landgerichts Weimar nicht vorlägen. Es bleibt also bei den bisherigen Urteilen, wonach Lehmann-Hohenberg wegen Beleidigung des preußischen Offizierkorps und eines Obersten a. D. zu insgesamt 600 M Geldstrafe verurteilt, von der Anklage einer Beleidigung des Amtsrichters L. aber freigesprochen und Dr. Bösser wegen Beleidigung des Direktors und des Oberarztes der psychiatrischen Universitätsklinik zu Jena zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt worden war. (Siehe auch diese Wochenschrift Nr. 39/40 lauf. Jahrg.)

— Der systematische Ausbau einer umfassenden **psychiatrischen Überwachung der städtischen Fürsorgezöglinge in Berlin** steht nunmehr vor seinem Abschlusse. Der Psychiater soll künftig in folgenden Fällen in Tätigkeit treten: 1. bei der Einleitung des Fürsorgeerziehungsverfahrens, sofern von dem Vormundschaftsgericht seine Mitwirkung gewünscht wird; 2. in der Verteilungsstation, wo ihm alle neuüberwiesenen Zöglinge vorgestellt werden und er über die verdächtigen Fälle ein Gutachten abzugeben hat; 3. bei der Untersuchung und Beobachtung der von den Anstalten als verdächtig bezeichneten Zöglinge. Regelmäßige Besuche finden statt; 4. bei der Untersuchung der zum Militärdienst kommenden Zöglinge; 5. beim Entmündigungsverfahren; 6. bei der Ausbildung des Erziehungspersonals; 7. bei der Einrichtung der Heilerziehungsheime und bei ihrer Leitung. — Die Erfahrung, daß in vielen Anstalten die ärztliche Überwachung zu wünschen übrig lasse, hat veranlaßt, darauf zu dringen, daß alle Fürsorgezöglinge bei der Neuaufnahme in die Anstalt und außerdem in regelmäßigen Zwischenräumen von etwa drei Monaten dem Anstaltsarzte vorgestellt werden. Für die Unterbringung psychopathischer männlicher schulpflichtiger Zöglinge steht der Stadt Berlin das von der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge in Templin errichtete Heilerziehungsheim zur Verfügung. Die Einrichtung, daß geistig abnorme Zöglinge, die sich zur Stammrolle melden, dem zuständigen Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission benannt werden und für sie mit einem Gutachten des Kreisarztes oder Psychiaters Befreiung vom Heeresdienst nachgesucht wird, hat sich sehr bewährt. Verdächtige Zöglinge werden übrigens — bis zur Vollendung der geplanten Heilerziehungsheime — in der städtischen Irrenanstalt in Buch beobachtet und behandelt. Ihre Hin- und Rückführung geschieht durch geschultes Personal, damit jede Schädigung der Zöglinge vermieden werde.

Anstaltsnachrichten.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Eickelborn** i. W. Zum Militär einberufen: Abteilungsarzt Dr. Clemens als Assistensarzt, Abteilungsarzt Dr. Kanis als Unterarzt; freiwillig gestellt hat sich: 2. Oberarzt Dr. Hartwich, Oberarzt a. D., als Privatarzt beim Reservelazarett Paderborn. — Zurückgeblieben sind: Anstallsdirektor Dr. Hermkes, Stabsarzt d. R., Oberarzt Dr. Schneider, Stabsarzt d. L. a. D. und die Assistenz-

[1]) Bei der Berechnung der Kosten für den Tag und Kopf des Kranken sind von der Summe der Gesamtkosten der Anstalt die als „einmalige Ausgaben" in das Budget eingestellten Beträge und die Ausgaben für den landwirtschaftlichen Betrieb in Abzug gebracht worden.

ärzte Dr. Sievert und Dr. Wendenburg. — Der Krankenbestand betrug am 1. Januar 1915 (584 M. und 622 Fr.) 1206.

— **Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Saargemünd.** Im Felde: Oberarzt Dr. Joachim, Med.-Prakt. Dr. Lewkowitz. — Zurückgeblieben: Direktor Dr. Dingel, Dr. Zengerly, Dr. Esser. — Gegenwärtiger Krankenbestand: 650. — Von Errichtung eines Reservelazarettes wurde abgesehen, da die Anstalt zurzeit — außer dem Militär — die sämtlichen Geisteskranken Lothringens aufzunehmen hat, zu denen auch noch solche aus dem benachbarten besetzten französischen Gebiet hinzukommen. — Bisher aufgenommene geisteskranke Militärpersonen: 154.

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein.** Assistenzarzt Dr. Ostmann ist zum Landwehr-Feldlazarett 9 auf dem östlichen Kriegsschauplatz einberufen.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Eickleborn** i. W. Der Abteilungsarzt Dr. H. Clemens, zurzeit Assistenzarzt beim Garderegiment z. F. in Nordfrankreich wurde wegen aufopfernder Tätigkeit in einer zum Verbandplatz eingerichteten Kirche bei Reims im heftigen feindlichen Granatfeuer im November mit dem Eisernen Kreuze ausgezeichnet.

— **Berlin.** Dr. Bratz, Oberarzt der Irrenanstalt Dalldorf, zurzeit als konsultierender Psychiater beim Gardekorps tätig, ist zum Sanitätsrat ernannt worden.

— **Dösen.** Der Direktor und Anstaltsbezirksarzt der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Dösen, Geheimrat Dr. Georg Lehmann, wurde zum ordentlichen Mitglied der I. Abteilung des Sächsischen Landesgesundheitsamtes ernannt.

— **Erlangen.** Dem Privatdozenten in der Erlanger medizinischen Fakultät Dr. Karl Kleist, Oberarzt und erster Assistent an der psychiatrischen Klinik, wurde der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors verliehen.

— **Jena.** An der medizinischen Fakultät der Universität Jena habilitierte sich Dr. J. H. Schultz mit einer Probevorlesung über „Neue Wege und Ziele der Psychotherapie".

Buchbesprechungen.

— Storfer, A. J., Zürich: Zur Sonderstellung des Vatermordes. 34 S. Leipzig 1911. Verlag Deuticke. 1,50 M.

Eine rechtsgeschichtliche und völkerpsychologische Studie nennt Verf. vorliegende Arbeit, in der er die ökonomischen und psychologischen Wurzeln des Vatermordes, des römischen Paracidium und die Tiersymbolik bei Bestrafung des Vatermörders in Rom bespricht. Die Ausführungen bringen mancherlei Interessantes aus dem Altertum und aus der Gegenwart primitiver Völker; bei der Erklärung der Motive zum Vatermord stellt sich Verf. durchaus auf den Freudschen Standpunkt.

Kürbitz - Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Zur Frage der Bromtherapie.** Aus der Kgl. Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen (Direktor: Prof. Dr. Gaupp). Von Dr. K. John. (Münch. med. Wochenschr. vom 27. Oktober 1914.)

Zusammenfassend wiederholt Verf.:

1. Sasedanwürze Dr. Haas ist geeignet, die Brommedikation in der Form einer schmackhaften Bromsuppe bei salzarmer Diät als Dauerdiät mit Leichtigkeit durchführen zu lassen.

2. Der therapeutische Effekt muß noch durch weitere ausgedehnte Versuche geprüft werden; die bisherigen Versuche lassen erwarten, daß mit wesentlich kleineren Bromdosen eine bedeutend stärkere Bromwirkung ohne wesentliches Hervortreten von Intoxikationserscheinungen erzeugt wird, besonders bei der genuinen Epilepsie.

3. Wegen seiner einfachen Anwendungsweise eignet sich das Mittel auch zur Behandlung psychisch Kranker, die auf diese Weise event. unwissentlich Brom bekommen können, da diese Bromsuppe sich kaum von einer gewöhnlichen salzhaltigen Suppe im Geschmack unterscheidet.

4. Bisher hat sich namentlich auch die Anwendung des Mittels bei Formen von Neurasthenie, allgemeiner Überreiztheit, Schreckneurosen, leichteren halluzinatorischen Zuständen, nervösem Kopfweh, nervöser Schlaflosigkeit (Nichteinschlafenkönnen) bewährt, während es bei hysterischen Anfällen und schweren psychischen Erregungen unwirksam bezw. zu schwach wirksam ist.

5. Die von Bürgi empfohlene Arzneikombination von Brom und Opium zur Erreichung einer potenzierten therapeutischen Gesamtwirkung hat bei unseren Versuchen bisher keinen über die summierte Wirkung hinausgehenden Erfolg gezeitigt.

— **Neue Apparate zur Schreibkrampfbehandlung.** Von Dr. O. B. Meyer, Nervenarzt in Würzburg. (Münch. med. Wochenschr. vom 17. November 1914.)

Zusammenfassung: „Die Besonderheit der hier angegebenen Methode beruht auf dem Prinzip, Abdrucke mit plastischer Masse von der erkrankten Hand in Schreibstellung unter entsprechender Formung von Widerlagern bezw. hülsenförmigen Vorrichtungen zu nehmen und hiernach die Prothesen aus Kautschuk oder auch aus einem anderen Stoffe wie Zelluloid usw. anzufertigen. Die Apparate [1]) sind also je nach der Form des Schreibkrampfes und der Hand voneinander wesentlich verschieden. Den speziellen Wert der Methode sehe ich in der Möglichkeit strenger Individualisierung und feinerer Anpassung in die Hand, als wie sie mit den bisherigen Prothesen erreicht werden kann. Nach

[1]) Die Herstellung der Apparate hat die Firma H. Katsch, München, Bayerstraße 8 übernommen, die darauf einen Musterschutz beim Kais. Patentamte erworben hat. Durch die Firma gelangt auch die Masse für den Abdruck und eine ausführliche Anleitung zur Vornahme desselben zur Versendung.



meinen Erfahrungen sind meine Apparate in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle des eigentlichen Schreib-„Krampfes" mit gutem Erfolge zu verwenden." B.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Hugo Mosblech, Cöln-Ehrenfeld** bei, welchen wir der Beachtung der werten Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh**, Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Stellengesuche

Die Stelle der

Oberin

an der **Provinzial-Heilanstalt Stralsund** ist zum 1. 4. d. J. zu besetzen. Gehalt 900—1500 M jährlich steigend um 50 M; völlig freie Station I. Klasse; Beamtenstellung.

Gesunde Damen mit entsprechender Vorbildung wollen sich sogleich mit Lebenslauf und Papieren melden bei der **Direktion der Provinzial-Heil-Anstalt Stralsund.**

Hilfsarzt (Ärztin)

zum 1. 4. a. c. f. Privatirrenanstalt im westl. Vorort Berlins ges. Psychiatr. Vorb. erw. Gehalt nach Vereinb. Meld. m. Zeugnisabschr. erb. durch d. Annoncenexp. **Rudolf Mosse, Berlin SW.** unter **J. G. 15374.**

An der **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Tost** (Oberschl.) ist zum 1. Juni d. Js. eine

Assistenzarztstelle

bei einem Anfangsgehalt von 1800 Mark neben freier Wohnung und völlig freier Station I. Klasse zu besetzen.

Verheiratete erhalten an Stelle der Nebenbezüge eine Barentschädigung von 1500 Mark.

Bei Bewährung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000—6600 Mark. In anderen Stellungen verbrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorbildung ist nicht erforderlich. Meldungen mit Lebenslauf, Approbation als Arzt und etwaigen Zeugnissen sind zu richten an die **Direktion.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 49/50. 13. März **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

Inhalt:

Neuere Arbeiten über Tetanus.

Sammelreferat von Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

15. Indikationen für die subkutane Magnesiumbehandlung des Tetanus traumaticus. Von Dr. Walther Usener. Aus der Universitäts-Kinder-Klinik zu Göttingen. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914.

Heilung eines achtjährigen tetanischen Knaben und günstige Beeinflussung des Tetanus bei einem Kriegsverwundeten durch Magnesiumsulfat. Anwendung subkutan; beim Kind in 20- bis 25%iger, beim Erwachsenen in 40- bis 50%iger Lösung; Einzeldosis 0,15 bis 0,2 g pro 1 kg Körpergewicht. Bei schweren Fällen und für die volle Wirkung des Mittels sind 3 bis 4 kumulierende, in zweistündlichem Intervall gegebene Dosen nötig; zur Erhaltung der erzielten Wirkung genügen dann noch einige gleiche Dosen in dreistündlichem Intervall. Am folgenden Tage die gleiche Behandlung.

16. Abtötung der Tetanuskeime am Orte der Infektion durch ultraviolettes Licht. Vorläufige Mitteilung von E. Jacobsthal und F. Tamin in Hamburg. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914.

Nach den Feststellungen der Verfasser sind Tetanussporen sowie die Anaëroben aus der Gruppe des malignen Ödems außerordentlich empfindlich gegen kurzwelliges ultraviolettes Licht. Es gelang den Verfassern ferner in einer Anzahl von Fällen künstlicher und natürlicher mit Tetanus infizierter, den Strahlen der Kromayerschen Quarzlampe und der künstlichen Höhensonne ausgesetzter Wunden die Tetanusbazillen und Ödembazillen vollständig zu entfernen. Die Strahlen der Höhensonne werden bei 25 cm Abstand unter Abdeckung der Umgebung 15 bis 45 Minuten sehr gut vertragen. Für die Applikation der Quarzlampenstrahlen in tiefe Wundhöhlen haben Jacobsthal und Tamin besondere bewegliche Quarzstäbe angegeben. Da die Infektionsstelle einen starken Toxingehalt besitzt, was durch die Toxizität des Berkefeldfiltrates nachgewiesen wird, so muß auch chirurgische Reinigung der Wunde erfolgen. Wo Amputation nicht ausführbar ist, „ergänzt die Strahlentherapie die übrigen Heilverfahren des Tetanus auf das glücklichste".

17. Ein Beitrag zur Tetanustherapie. Von Dr. Ernst Teller in Charlottenburg. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914.

Kurze Übersicht, die nichts Neues enthält. Verf. erinnert daran, daß der Tetanusbazillus in der Regel nur in der Wunde lebt und hier das Gift erzeugt; letzteres steigt, vermöge seiner chemischen Affinität zur Nervensubstanz, entlang und innerhalb der Nervenbahnen, bis zu den motorischen Zentren. Daher ist die Dauer der Inkubationszeit abhängig von der Länge der Nervenbahn und der Größe des Organismus; nach H. Meyer-Wien, Die experimentelle Pharmakologie, zitiert von Teller, beträgt sie beim Pferd 5 Tage, beim Hund 1 1/2 bis 2 Tage, bei der Maus 8 bis 12 Stunden. Nach von Behring sollte man Antitoxineinspritzungen in diejenigen Hauptnervenbahnen machen, auf denen das Toxin zentralwärts ge-

langt. Auf diese Weise hat von Behring einen an der Hand mit Tetanusreinkultur infizierten Mitarbeiter, der schon verloren schien, gerettet. Kaltblüter sind nur, wenn längere Zeit bei 32° gehalten, empfindlich gegen Tetanusgift. Bei Negern ist Tetanus sehr häufig. Der bekanntlich nur unter Sauerstoffabschluß gedeihende Tetanusbazillus findet nach von Behring deshalb im zertrümmerten Gewebe günstige Lebensbedingungen, weil die absterbenden Teile den Sauerstoff chemisch binden und zur Bildung hochoxydierter Körper (z. B. Fleischmilchsäure) verwenden; daher die Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd-Merck, Ortizon-Bayer, Magnesiumperhydrol usw.

18. Kriegsbrief aus der Kriegslazarettabteilung des I. bayerischen Armeekorps. III. Brief. Von Generalarzt Prof. Dr. Klaußner. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914.

Klaußner beobachtete im Kriegslazarett innerhalb drei Wochen 21 Fälle von Tetanus: 18 davon waren sehr schwere Verwundungen durch Artilleriegeschosse. Siebenmal hatte vor Beginn des Tetanus Amputation resp. Exartikulation stattgefunden; in einem Falle war fünf Tage nach der Verwundung (Granatsplitterverletzung des rechten Armes) das Schultergelenk exartikuliert worden, und 16 Tage nach der Verwundung trat Tetanus auf. Von den 21 Fällen waren bis zum Termin der Publikation 17 gestorben, 14 innerhalb vier Tage nach Konstatierung der ersten verdächtigen Symptome. Schwere der Erkrankung und Dauer der Inkubation standen in keinem bestimmten Verhältnis; ein Kranker, bei dem erst 11 Tage nach der Verwundung die ersten Krämpfe auftraten, starb schon nach einem Tage; ähnlich vier andere Fälle. Auch Höhe des Fiebers und Pulszahl sind nicht eindeutig maßgebend für die Prognose gewesen; allerdings war der Puls nach dem Ende zu meist sehr beschleunigt. Behandlung: Anfangs subkutane oder intramuskuläre Injektion von Tetanusantitoxinserum „Höchst"; ein Erfolg blieb vollkommen aus; obgleich bis zu 600 Antitoxineinheiten innerhalb vier Tagen injiziert wurden. Deshalb und im Hinblick auf R. Schneiders Untersuchungen über den Antikörpergehalt des Bluts bei verschiedener Anwendungsweise von Pneumokokkenimmunserum erhält seitdem jeder Kranke mit tetanischen Symptomen sofort 60 bis 120 Antitoxineinheiten in die Armvene injiziert, gewöhnlich das gleiche auch noch am nächsten, eventuell übernächsten Tage, damit das Blut einen möglichst hohen Gehalt an Antitoxin möglichst rasch erhalte und entstehendes Toxin an der Wunde abgefangen und zirkulierendes neutralisiert werde. Keine unerwünschten Nebenerscheinungen. Diese intravenösen Injektionen werden in den späteren Tagen fortgesetzt oder es wird wenigstens durch tägliche subkutane Einverleibung des Heilserums der Antitoxintiter auf der Höhe zu halten versucht. Die Resultate sind seitdem „einigermaßen besser". Daneben reichlich Morphium und Chloralhydrat, letzteres bis 6 g pro die; auch Morphium mit Skopolamin. In letzter Zeit gibt Klaußner das Tetanusantitoxin vielfach, besonders bei großen, verunreinigten Wunden, prophylaktisch, und zwar subkutan 60 Antitoxineinheiten.

19. In einem „Brief aus Köln", Verfasser Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moritz, Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 1. Dezember 1914, ist die Diskussion zu obigem Vortrag von Hochhaus veröffentlicht. Martin, Chirurg am Evangelischen Krankenhaus: 8 Tetanusfälle, darunter 1 leichter, 3 starben, 5 sind geheilt. Behandlung: Meist intramuskuläre 15%ige Lösung von Magnesiumsulfat, dreimal täglich 20 ccm; daneben Chloralhydrat per Klysma, ev. Morphium; auch sofort bei Ausbruch der ersten Symptome wenn möglich Exzision der Wunde im Gesunden, meistens aber breite Spaltung und Freilegung ohne Rücksicht auf Muskulatur. „Antitoxin versagte, ein prophylaktisch mit Antitoxin intravenös behandelter Fall erkrankte am folgenden Tage mit Tetanus." Cahen, Chirurg am Gefangenenlazarett: Unter ca. 450 verwundeten Gefangenen, meist Franzosen, 2 Fälle. Symptomatisch Morphium-Skopolamin. Goecke, Chirurg am Städt. Krankenhaus Köln-Mülheim und im Garnisonlazarett Köln-Deutz: 8 Fälle, 3 Deutsche, 5 Franzosen. Geuer, Chirurg am Festungslazarett 8 und am St. Franziskus-Hospital: Unter 300 Schwerverletzten 12 Fälle, 5 starben, 4 sicher genesen. Früheste Klage, durchweg Schluckbeschwerden. Alle Fälle mit Serum behandelt, von 100 bis 800 Einheiten; in 2 der Fälle anscheinend mit Erfolg. Wette, Chirurg am Festungslazarett 3: Unter ca. 1000 Verwundeten 13 Fälle, 10 gestorben, 3 geheilt; längste Inkubation 21 Tage; bei den Geheilten 11, 12 und 17 Tage. „Art und Schwere der Verletzung scheint auf den Verlauf keinen wesentlichen Einfluß zu haben." Fälle mit leichten und glatt vernarbten Fleischschußwunden verliefen tödlich. Amputation einmal, ohne Einfluß auf die Krämpfe. Behandlung: Anfangs ausgedehnter Gebrauch von Tetanusantitoxin in großen Dosen, 100 Einheiten, meist dreimal, in einem Fall sogar fünfmal am Tage. In keinem einzigen Falle Besserung der objektiven und subjektiven Symp-



tome. Jetzt gibt Wette nur noch am ersten Tage eine einmalige Injektion von 100 Einheiten; palliativ Chloral, besser als Morphium; ferner Aspirin, um die Schweißbildung noch zu steigern und so die natürliche Abwehr zu erhöhen. Bei einer ganzen Reihe von verdächtigen Fällen prophylaktische Injektion von Antitoxin; keiner erkrankte. Kurzak: Im Festungslazarett 7a bei 199 verwundeten Franzosen 6 Tetanusfälle, darunter bis dahin 2 gestorben, und im Festungslazarett 7 unter 400 verwundeten Franzosen 5 schwere, binnen Kurzem tödlich verlaufene Fälle. Kühn, Lazarett in Neuenahr: Bemerkenswerte Besserung in einem Fall durch Luminal, 1 g pro die. Eberhart hält die Übertragung des Tetanus von Kranken auf Kranke für möglich. Friedrich empfiehlt Perubalsam-Behandlung verdächtiger Wunden; Subkutaninjektionen von Perubalsam sollen mit Gartenerde infizierte Tiere schützen. Frank, Prosektor: Bei 32 obduzierten Tetanusleichen in 12 Fällen Bronchopneumonie mit eitriger Bronchitis, in 4 Fällen Schluckpneumonie, in 12 Fällen eitrige Spinalmeningitis; in 4 Fällen kein Befund, der Tod ist in diesen vermutlich direkt durch das Tetanusgift bewirkt. In 5 untersuchten Fällen von Bronchopneumonie bei vieren teils im Blut, teils in der Lunge Streptokokken, im fünften Pneumokokken. Wiedmann: 6 Tetanuserkrankungen bei Franzosen, mittelschwere und leichte Fälle; einer starb. Morphium-Skopolamin war von Nutzen. Czaplewski: Der Tetanusbazillus ist in verschiedenen Gegenden in verschiedener Häufigkeit verbreitet; daher stammen von dem einen Schlachtfeld mehr, von dem anderen weniger Fälle. Küster: Im Tierversuch sind bei einer nur 24 Stunden zurückliegenden Tetanusinfektion schon ganz gewaltige antitoxische Serummengen erforderlich; sie würden beim Menschen der Injektion von 20 000 Antitoxineinheiten entsprechen (Dönitz), Mengen, die beim vierwertigen Serum praktisch nicht verwendet werden können. Man soll aber trotzdem von der Serumbehandlung nicht absehen; denn beim Auftreten der ersten Symptome könnte im Einzelfall die tödliche Dosis schon verankert sein und nur noch ein unverankerter Rest übrig bleiben, den das Serum binden könnte. Man solle auch Alkohol, Lezithin, Methylenblau und Eosin auf ihre Wirkung bei Tetanus prüfen; Laboratoriumsversuche sprechen dafür. Moritz: An der Lindenburg 3 schwere Fälle, bis zur Veröffentlichung waren 2 gestorben. Morphium-Skopolamin-Narkose war palliativ von Nutzen. Ernährung vom Darm aus: Traubenzuckerklystiere mit 7½%ger Lösung; auch intravenöse Zuckerinfusionen mit 10%iger Lösung bis zu 1 Liter.

20. Zur Prophylaxe des Tetanus empfehlen Arnd und Krumbein neben Antitoxin Salol (Phenylum salicylicum), 4 bis 6 g pro die, auf Grund experimenteller und klinischer Versuche im Schweizerischen Serum- und Impfinstitut in Bern und in dem Inselhospital in Bern. (Schweiz. Korr.-Bl. 1914 Nr. 48, ref. in der Feldärztl. Beilage zur Münch. Med. Wochenschr. vom 1. Dez. 1914.)

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof zu Graz

(Direktor: Dr. Otto Hassmann)

nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg über die Jahre 1912 und 1913 im Auftrage des steiermärkischen Landes-Ausschußes verfaßt. Zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg Graz. Im Selbstverlage der Anstalts-Direktion. Deutsche Vereins-Druckerei Graz 1914.

Die zunehmende Platznot in der Landesirrenanstalt Feldhof, so sagt der Bericht, ist seit Jahren ein drückend empfundener und schwer beklagter Übelstand. Feldhof besitzt eine Normal-Bettenzahl von 1008, hat daher durchschnittlich einen Überbelag von 400 Kranken zu verzeichnen, welcher fast ausschließlich auf die Abteilungen der alten Zentrale sich erstreckt.

Da die Überfüllung der Anstalt schon Ende 1911 bis auf das Äußerste gespannt war und zu ganz unhaltbaren Zuständen auf den Abteilungen geführt hatte, sah sich die Direkton gezwungen, die Aufnahmen wesentlich einzuschränken, Kranke nur dem Abgange entsprechend aufzunehmen.

In einem Berichte vom 2. Januar 1912 wurde neuerlich auf die Mißstände infolge der herrschenden Überfüllung und auf die Rückständigkeit der Anstaltseinrichtungen hingewiesen und das dringende Bedürfnis nach einem Neubaue klargelegt. Über diesen Bericht und infolge der seitens der Regierung wiederholt dem Landesausschusse bekanntgegebenen Wünsche hinsichtlich der Regelung der Irrenpflege im Lande hat der Landesausschuß am 27. Juni 1912 beschlossen, behufs Erörterung und Prüfung der Frage, in welcher Art und Weise am zweckmäßigsten und mit tunlichster Schonung der Landesfinanzen den bezeichneten Übelständen abgeholfen werden könnte, eine En-



quete abzuhalten. Eine ausführliche Abhandlung, welche diese Frage nach allen Richtungen hin erörterte, wurde vom Direktor ausgearbeitet, am 6. August 1912 dem Landesausschusse überreicht und den Teilnehmern vor Zusammentritt der Enquete bekanntgegeben.

Diese Enquete hat am 8. Juli 1913 unter dem Vorsitze Sr. Exzellenz des Herrn Landeshauptmannes stattgefunden. Dabei hat der Direktor seiner Überzeugung, daß die Errichtung einer neuen Heilanstalt für Kranksinnige und die Umgestaltung Feldhofs in eine Landespflegeanstalt als die einzig richtige und zweckmäßigste Gestaltung der Fürsorge auf dem Gebiete der Irrenpflege in Steiermark angesehen werden müsse, Ausdruck gegeben. Diese Überzeugung wurde auch von sämtlichen ärztlichen Mitgliedern der Enquete geteilt.

In der Zwischenzeit, und zwar 1912 anläßlich der Übersiedlung in das neue Landeskrankenhaus, wurde jedoch, da eine geregelte Evakuierung Geisteskranker aus der psychiatrischen Klinik in die Irrenanstalt an der chronischen gewaltigen Überfüllung derselben zeitweise scheiterte, eine Abteilung für Geisteskranke in den Räumen des alten Krankenhauses geschaffen. Die fernere Beibehaltung der als Provisorium bestehenden Abteilung und eine tunlichste Ausgestaltung derselben nach Bedarf trägt aber den Bedürfnissen Feldhofs in keiner Weise Rechnung, gefährdet vielmehr direkt die Ansprüche der Anstalt, den Charakter und die Bestimmung derselben. Dieses Auskunftsmittel entspricht der modernen Irrenpflege nicht und verzögert jede Änderung, welche in der logischen Entwicklung der Irrenfürsorge gelegen ist.

Den in Feldhof bestehenden Mängeln kann nur in direktem Zusammenhange mit der Irrenanstalt abgeholfen werden.

Der geordnete Betrieb der Anstalt wird sich sonst durch die schon erwähnte Platznot und die dadurch bedingte Verminderung der Aufnahmsfähigkeit immer schwieriger gestalten. Wenn ein Platz frei wird, werden die unruhigsten und gefährlichsten Kranken der Anstalt zugeführt werden. Die sozialen hingegen und jene Patienten mit günstiger Genesungsaussicht werden außerhalb Feldhofs behandelt. Je geringer also die Aufnahmsfähigkeit wird, desto größer wird die Anhäufung insozialer und unheilbarer Elemente in Feldhof. Dies kann für die Anstalt selbst nicht ohne die ungünstigste Rückwirkung bleiben. Sie wird immer mehr und mehr den Charakter einer wahren Detentions- und Siechenanstalt erhalten. Es ist ferner auch selbstverständlich, daß der Aufwand ebenfalls ungünstig beeinflußt werden wird, weil die ruhigen sozialen Kranken den Anstaltsbetrieb verbilligen, die insozialen, unreinen, zerstörungssüchtigen und gewalttätigen Kranken aber verteuern.

Wir fühlen uns deshalb verpflichtet, auch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß die Notwendigkeit der Errichtung einer neuen Anstalt höchst dringlich und einzig und allein imstande ist, in Feldhof wieder normale Zustände zu schaffen. . . . .

Entweichungsversuche. . . . . . Auch durch Brandlegung versuchte ein schwachsinniger paranoischer Kranker seine Entweichung zu bewerkstelligen. Er stahl in der Nacht auf den 24. August 1913 dem schlafenden Wärter die Zündhölzer, brachte seinen Strohsack und seine Bettwäsche zu der ins Freie führenden Eingangstüre und legte Feuer in der Erwartung, daß durch Verbrennen der Türflügel der Weg in die Freiheit ihm offen stehen werde. Das Feuer wurde durch den Nachtwächter der Anstalt von außen bemerkt und sofort gelöscht. Ein anderesmal komplottierten wieder mehrere kriminelle Pfleglinge, um aus der Anstalt auszubrechen, wußten einen pflichtvergessenen Wärter zu bestimmen, ihnen um 10 Kr., welches Geld sie sich in ordnungswidriger Weise verschafft hatten, einen Abteilungsschlüssel zu überlassen. Das Komplott wurde am 23. November 1913 rechtzeitig entdeckt, der Wärter dem Gerichte übergeben und zu sechs Monaten Kerkers verurteilt. . . . .

. . . . . Der Anteil der Tuberkulose an der Gesamtsterblichkeit betrug 1912 28,37% und 1913 30,36% gegen 26,34% im Jahre 1910 und 26,71% im Jahre 1911. Die stetige Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit ist gewiß auch als ein Faktor zur Wertung der in Feldhof herrschenden unhygienischen Verhältnisse anzusehen.

Typhus abdominalis war in den beiden Berichtsjahren mehrfach aufgetreten, und zwar 1912 in 14 Fällen und 1913 in 6 Fällen. Unter den 14 Fällen des Jahres 1912 befanden sich 1 Mann, 10 Frauen, 1 Wärter, 1 Wärterin und 1 Wäschemädchen. Der Patient starb, von den Frauen genasen 4, 6 starben. Das erkrankte Personal wurde wegen der geringen Isolierungsmöglichkeit in das Landeskrankenhaus abgegeben, wo es wieder gesundete. Ebenso genasen die am Schlusse des Jahres 1911 im Krankenstande verbliebenen 2 Patientinnen und 1 Wärterin. Unter den 6 Fällen des Jahres 1913 waren 5 Frauen und 1 Wärterin. Davon genasen 2 Frauen und die Wärterin, bei 3 Frauen endigte die Erkrankung letal. Das zeitliche Auftreten der Infektionskrankheit war folgendes:

Am Beginne des Jahres 1912 waren 2 Frauen und 1 Wärterin im Krankenstande. Frisch erkrankten an Typhus im Februar 1 Patientin. Im



April 1912 wurden weiter vom Typhus ergriffen 2 Frauen und ferner 1 Patient auf der Männerseite. Ende Juli und anfangs August kamen Typhusfälle bei 5 Frauen, 1 Wärterin, 1 Wäschemädchen vor, ferner bei 1 Wärter. Im Oktober folgten dann 2 neue Erkrankungen von Patientinnen. Wiederum im Juni und im September 1913 trat je 1 Erkrankung auf der Frauenabteilung auf. Es folgten dann im Oktober eine neue Infektion einer Wärterin, im November Erkrankungen dreier Patientinnen. Im ganzen wurden demnach mit Auftreten der Typhusendemie im Juni 1911 36 Anstaltsbewohner von der Erkrankung betroffen, an welcher selbst 15 (14 Kranke und 1 Wärterin) starben. Von den Erkrankten gehörten 1 dem männlichen, 6 dem weiblichen Personale an; von Patienten wurden 1 Mann und 28 Frauen infiziert. Auffallend ist die starke Beteiligung des Personals und der bösartige Verlauf der typhösen Infektion. Die Verfolgung des Infektionsganges hat ergeben, daß als Entstehungs- und Verbreitungsherd die Abteilung C VIII, wo unreinliche und erregte Frauen untergebracht sind, zu betrachten ist und daß dabei Typhusbazillen ausscheidende Personen unter den Abteilungsinsassen eine Rolle spielen müssen. Um diese kennen zu lernen und die von ihnen ausgehende Gefährdung auszuschließen, waren zahlreiche sero- und bakteriologische Untersuchungen notwendig, welche vom hygienischen Institute der k. k. Universität Graz bereitwilligst ausgeführt wurden. Das Resultat war, daß tatsächlich unter den Patienten der Abteilung drei Bazillenausscheider und fünf agglutinante Personen eruiert wurden. Sie wurden im Isolierhause dauernd untergebracht, eine Bazillenträgerin später psychisch gebessert entlassen und von ihrer Eigenschaft die zuständige k. k. Bezirkshauptmannschaft in Kenntnis gesetzt.

An epidemischen Erkrankungen kam weiter Erysipel zur Beobachtung. 1912 erkrankten 6 Männer und 14 Frauen daran. Die Ende 1912 verbliebene Frau genas, ebenso 3 Männer und die 14 Frauen, 2 Männer starben, 1 Mann verblieb Ende 1912 noch im Krankenstande. 1913 erkrankten weiter 2 Männer und 12 Frauen, 2 Männer starben; die übrigen Fälle nahmen einen günstigen Ausgang. Außerdem erkrankten 1912 1 barmherzige Schwester und 1 Wärterin, 1913 ebenfalls 1 Wärterin. Alle genasen. . . . .

. . . . . Ulzeröse Dickdarmerkrankungen kamen in Feldhof vereinzelt vor. 1912 nahm die Erkrankung bei 1 Mann und 2 Frauen, 1913 bei 2 Männern und 1 Frau, die gleichzeitig vorgeschritten marastisch waren, einen tödlichen Verlauf.

Zu den 9 Männern und 2 Frauen, die mit Trachom behaftet, dauernd in Behandlung standen, kamen Ende 1912 7 trachomatöse Männer aus Kainbach und anfangs August 1913 1 Mann aus der Zentrale. Bei diesen 17 Männern und 2 Frauen besserte sich die Augenerkrankung unter rationeller Therapie derart, daß schließlich vollständige Heilung eintrat. Am 28. Juni 1913 konnte die Anstalt als trachomfrei erklärt werden. . . . .

. . . . . Die Überfüllung veranlaßte besonders auf den Unruhigenabteilungen eine stete gegenseitige Belästigung der Patienten und gehäufte Konflikte. Die Folgen sind zahllose Rißquetschwunden, Bißwunden, Schnittwunden, welche durch Einschlagen von Fensterscheiben entstanden, mitunter ziemlich in die Tiefe reichen und Arterien und Sehnen durchtrennen. Auch Schenkelhals- und Unterarmfrakturen sind Folgeerscheinungen solcher Konflikte. . . . .

. . . . . Nachdem bereits im November und Dezember 1911 bei den Kranken die totale Alkoholabstinenz ohne merkliche Schwierigkeit erreicht worden war, wurde auch das Dienstpersonal wenigstens innerhalb des Anstaltsgebietes zur Alkoholenthaltsamkeit veranlaßt. Im Januar wurde der Verkauf alkoholischer Getränke eingestellt und im Februar 1912 das den Angestellten lohnmäßig zukommende Alkoholdeputat durch eine Geldzahlung von 6 Kr. pro Monat abgelöst. Dieses Relutum haben bis auf sieben der ältesten Wärter und einer Wärterin sämtliche Pflegepersonen in Anspruch genommen und gleichzeitig sich verpflichtet, innerhalb der Anstalt den Alkoholgenuß zu meiden, keine geistigen Getränke auf die Abteilungen einzubringen und vom Ausgange stets nüchtern heimzukehren. Wenn vorher der Alkoholkonsum in der Anstalt durchschnittlich pro Monat 24 hl Wein, 110 hl Bier, 12 hl Most betrug, so fiel nach Einführung der erwähnten therapeutisch-hygienischen Reform recht rasch der Verbrauch im Monate auf 250 bis 360 l Wein und betrug im Dezember 1913 151 l Wein. Die Wohltaten der Abstinenz in der Anstalt sind für jeden Unbefangenen augenfällig. . . . .

. . . . . Als Publikationen aus der Anstalt waren von Prof. Dr. Zingerle und dem Direktor Dr. Haßmann in Nr. 1 des Neurologischen Zentralblattes 1913 „Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der progressiven Paralyse" und in Band 20 des Journal für Psychologie und Neurologie 1913 „Untersuchung bildlicher Darstellungen und sprachlicher Äußerungen bei Dementia praecox" erschienen. . . . .

. . . . . Wegen Entmündigung wurden im



Jahre 1912 173 Männer und 196 Frauen, im Jahre 1913 220 Männer und 206 Frauen begutachtet. Bei den Geisteszustandsuntersuchungen der Patienten war es seit einer langen Reihe von Jahren Brauch, daß den Sachverständigen die Anstaltskrankengeschichten mitgegeben wurden, um ihnen die Möglichkeit zu bieten, diese Krankengeschichten als Grundlagen und wesentliche Behelfe bei Verfassung der gerichtsärztlichen Befunde zu benützen. So kam es, daß bei den periodischen Geisteszustandserhebungen 15 bis 20 Kranke oft kaum in einer Stunde untersucht wurden und daß das Ausleihen der Krankengeschichten vielfach dienstliche Schwierigkeiten und Anstände zur Folge hatte. Da die Direktion den bisherigen Usus als einen Abusus, die flüchtige Untersuchung zahlreicher Kranker als ungehörig betrachtete, verweigerte sie seit 24. Juli 1913 den Gerichten die Ausfolgung von Krankengeschichten und verlangte die Beiziehung eines Anstaltsarztes als gerichtsärztlichen Sachverständigen zur Kommission im Entmündigungsverfahren. Dieser Schritt hatte eine umfangreiche Berichterstattung an die vorgesetzte Landesbehörde und das k. k. Oberlandesgerichtspräsidium zur Folge, die Ende 1913 ein definitives Resultat nicht gezeitigt hat. . . . .

B.

Mitteilungen.

— **Baden.** Im Jahre 1913 wurden in den acht Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige, Nervenkranke und Alkoholiker insgesamt 9392 Personen, und zwar 5048 männliche und 4344 weibliche verpflegt. In den Anstalten sind 68 Ärzte und 1119 Pflegepersonen tätig. Am Jahresende 1913 waren noch 5335 Pfleglinge vorhanden.

— **Irrenrechtliche Reformen in Bayern.** Durch den Kriegsausbruch ist die in einem Bundesstaate eingeleitete Reform des Irrenrechtes nicht erledigt worden, welche die Beachtung weiter Kreise verdient. In Bayern war eine größere Novelle zum Polizei-Strafgesetzbuch notwendig geworden, nachdem die Einführung des neuen StrGB. und die damit zusammenhängende Durchsicht des Landesstrafrechts noch auf Jahre hinaus nicht zu erwarten sind. Eine reichsrechtliche Regelung des Irrenwesens ist aus verschiedenen, namentlich finanziellen Gründen und insbesondere auch mit Rücksicht auf die verschiedene Gestaltung der Anstalten in den einzelnen Bundesstaaten (Staats-, Provinzial- und Gemeindeanstalten) in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. In Art. 80 des Bayer. PolStrGB. findet sich bisher schon ein Ansatz zu einer irrenrechtlichen Regelung. Danach werden Aufsichtspflichtige bestraft, welche Blödsinnige oder Geisteskranke mit Gefahr für Personen oder Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit auf Straßen oder an öffentlichen Orten herumgehen lassen. Zugleich ist die Polizeibehörde ermächtigt, gemeingefährliche Geisteskranke auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens in einer Irrenanstalt unterzubringen oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen. In der dem Landtag vorgelegten Novelle sollten der Ausbau und die Ergänzung dieser Vorschriften vorgenommen werden. Es sollten entsprechend einem dringenden Bedürfnisse Vorschriften über die Verwahrung von nicht gemeingefährlichen Geisteskranken oder Blödsinnigen sowie über die Verwahrung, welche nicht von der Polizei, sondern von anderen Personen veranlaßt wird, gesetzliche Bestimmungen getroffen werden. Danach sollte die Einschaffung von nicht gemeingefährlichen Geisteskranken in eine Heil- und Pflegeanstalt unter dem Gesichtspunkt geregelt werden, daß die Notwendigkeit einer Anstaltsfürsorge und ferner der Antrag einer Person, Körperschaft oder Behörde vorliegen, der die Fürsorge obliegt. Eine erhöhte Gewähr gegen jeden Mißbrauch sollte dadurch geschaffen werden, daß das Amtsgericht über die Zulässigkeit der Verwahrung auf Antrag zu entscheiden habe, den der Kranke selbst sowie jeder stellen könne, der ein berechtigtes Interesse hat. Zugleich wurde die Befugnis der Polizeibehörde dahin erweitert, daß sie die Verwahrung in allen Fällen, nicht bloß bei Gemeingefährlichkeit verfügen kann, in der der Kranke der Anstaltsfürsorge zum Schutze seiner Person oder zum Schutze der Allgemeinheit bedarf. Auch in diesem Falle sollte das Amtsgericht auf Antrag des Kranken oder eines Interessenten über die Zulässigkeit der Verwahrung entscheiden. Der grundsätzliche Reformfortschritt liegt hier in der Übertragung der Entscheidung über die Zulässigkeit der Verwahrung in allen Fällen an die ordentlichen Gerichte — Vormundschaftsgerichte —, die die Entscheidung im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit treffen sollten. Diese Übertragung der Entscheidung auf die Behörden der freiwilligen Gerichtsbarkeit steht im Einklange mit der den Vormundschaftsgerichten obliegenden Fürsorge für die Person. Außerdem regelte der Entwurf in dieser irrenrechtlichen Reform noch eine Reihe weiterer Punkte, so das gerichtliche Verfahren, die Aufsicht über die Privatirrenanstalten und die anstaltsentlassenen Geisteskranken.

In der Kammer der Reichsräte wurde die Regelung nicht für so dringlich erachtet, insbesondere gesetzestechnische Bedenken gegen die Einarbeitung dieser Materie in das PolStrGB. erhoben und die Vorlage eines besonderen Irrengesetzes verlangt. Der Vorschlag der Regierung wurde nicht angenommen. In der Kammer der Abgeordneten kam der Entwurf nicht mehr zur Beratung, weil der Landtag infolge des Kriegsausbruchs vertagt wurde. In dem noch abgegebenen Referat wurde die alsbaldige Ergänzung des Irrenrechtes im Rahmen des PolStrGB. für dringend geboten erachtet, die grundsätzliche Annahme des Entwurfs empfohlen und die Auf-



nahme weiterer Garantien in das Gesetz vorgeschlagen. Der Entwurf wird nun in der nächsten Landtagssession 1915/16 beraten und verabschiedet werden. (Deutsche Juristenzeitung vom 1. Jan. 1915.)

— **Gibt es Kriegspsychosen?** Die Erfahrungen der letzten Kriege, besonders des Russisch-Japanischen, haben zu der Annahme geführt, daß die Zahl der geistig Erkrankten in einem modernen Krieg sehr groß sein würde. Deshalb ist bei den kriegssanitären Vorbereitungen von vornherein darauf Rücksicht genommen. So wurde in Straßburg außer der psychischen Klinik ein besonderes Lazarett für Militärpsychosen in Aussicht genommen. In der feldärztlichen Beilage der Münchner Medizinischen Wochenschrift vom 3. November berichtet Dr. Wollenberg über die in den ersten sechs Kriegswochen daselbst gemachten Erfahrungen. Er teilt die behandelten Kranken in drei Gruppen ein, solche, die schon in der Mobilmachungszeit krank wurden, solche, bei denen die Erkrankung während der kriegerischen Operationen selbst zum Ausbruch kam, und solche, bei denen die nervösen Störungen sich erst während des Wundbetts oder Krankenlagers einstellten. Bei der ersten Gruppe handelt es sich im wesentlichen um Alkoholdelirien mit tiefer Bewußtseinsstörung sowie um Erregungszustände mit schwerem Angstgefühl, z. B. spielt der Gedanke für einen Spion gehalten und erschossen zu werden eine große Rolle. Es waren das alles militärisch untüchtige Elemente, deren sich der Heeresorganismus gleich zu Beginn mit großer Sicherheit und Schnelligkeit entledigte. Da in Elsaß-Lothringen der Landsturm sofort mit aufgeboten wurde, ist es selbstverständlich, daß eine Anzahl gesundheitlich und sozial unsicherer Elemente, die plötzlich in ganz ungewohnte Verhältnisse versetzt wurden, sich bald als unbrauchbar erwiesen. In der zweiten Gruppe kamen einige Fälle vor, in denen die Aufregungen und Schrecknisse des Kampfes ganz unmittelbar psychische Störungen hervorgerufen hatten. Es handelte sich um hysterische Schreckpsychosen mit dramatischer Wiedergabe gewisser Schlachterlebnisse, also Störungen, die auch sonst nach schweren Katastrophen beobachtet werden. Zahlreich waren die psychisch-nervösen Störungen, die auf Erschöpfung beruhten, wobei zu den bekannten geistigen und körperlichen Zeichen der Übermüdung merkwürdige Sinnestäuschungen des Gesichts hinzutraten. So berichtet ein Offizier, daß er nach sehr anstrengenden Kampftagen Gesichtshalluzinationen gehabt habe, die ihn sogar beinahe zu falschen Meldungen und unzweckmäßigen Anordnungen veranlaßt hätten. Ein plötzlich eintretender Anfall von Ohnmacht oder Bewußtlosigkeit hatte in anderen Fällen ein neurasthenisches Krankheitsbild eingeleitet. Es traten sehr mannigfache Krankheitsbilder auf, auch eins, das man wohl am besten als neurasthenische Niedergeschlagenheit bezeichnen kann, die sich bei Leuten zeigte, die sehr schwere, meist wochenlang fortgesetzte Kämpfe im Gebirge durchgemacht hatten, während deren sie kaum je zur Ruhe gekommen waren. Sehr lange konnten sie die Vorstellung des Schlachtfeldes nicht los werden. — Sie hatten die Empfindung, als käme jemand hinter ihnen her, als sähen sie Feinde heranschleichen u. a. m. Die verzweifelte Stimmung besserte sich stets nach einiger Zeit, doch blieb die ausgesprochen krankhafte Übererregbarkeit. Eine andere Entstehung haben die Fälle, in denen die Leute durch den Luftdruck platzender Granaten zu Boden geworfen waren, ohne zunächst einen irgend erkennbaren Schaden davonzutragen. — Die Fälle der dritten Gruppe betreffen solche Kranke, die im Zusammenhang mit einer Verwundung eine ausgesprochene Überempfindlichkeit aufweisen. Es handelt sich dabei meist um die Verletzung peripherer Nerven. — Als Ergebnis der Beobachtung ergibt sich, daß es eine besondere, für den Krieg spezifische Geisteskrankheit nicht gibt. Die Anstrengungen, die Gemütsbewegungen, der ungenügende Schlaf, die unregelmäßige und zum Teil ungenügende Ernährung sind Schädlichkeiten, die auch sonst als Ursache von psychisch-nervösen Störungen wohl bekannt sind. Sie treten im Krieg nur durch ihre besondere Heftigkeit und Zahl hervor. Auch die durch sie hervorgerufenen Krankheiten sind nicht von den im Frieden beobachteten Formen verschieden, sondern nur durch eine gewisse Kriegsfärbung ausgezeichnet. Das Beobachtungsmaterial ist ja etwas einseitig insofern, als es sich nur auf einen verhältnismäßig kleinen Abschnitt des Kriegsschauplatzes bezieht und nur die Fälle berücksichtigt, die einem großen Krankensammelplatz wie Straßburg zuströmen, nicht auch die in der Front vorkommenden Krankheitsfälle. Doch ist es nicht wahrscheinlich, daß sich dort etwas grundsätzlich Verschiedenes herausstellen würde.

— **Prov.-Pflegeanstalt Tapiau.** 200 Geisteskranke aus Tapiau waren im September 1914 vor der damaligen Russengefahr nach Kortau gebracht worden. Am 20. Januar sind 158 von ihnen wieder nach Tapiau zurückgeführt worden, wo die seinerzeit zerstörten Gebäude inzwischen wieder errichtet worden sind.

— **Alkoholismus und Irrsinn.** In welchem Umfang der Alkohol beim Irrsinn eine Rolle spielt, ergibt sich aus dem letzten Bericht der Deputation für die Irrenpflege der Stadt Berlin. Danach waren bei den in Wuhlgarten aufgenommenen Männern unter 449 an Epilepsie leidenden 316 Trinker, unter den 25 an Hysterie leidenden 14 Trinker und unter 31 an Hysterio-Epilepsie leidenden 21 Trinker. Der Zugang an Kranken in den vier Irrenanstalten Dalldorf, Herzberge, Buch und Wuhlgarten in der Zeit vom 1. April 1913 bis 1. April 1914 betrug insgesamt 3201 Personen. Von diesen litten 479 an chronischem Alkoholismus.

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Irrenanstalt Owinsk.** Oberarzt Dr. Baller und Anstaltsarzt Dr. Dodillet haben das Eiserne Kreuz erhalten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall** in Tirol. Am 17. Februar d. Js. ist der II. Oberarzt Dr. Friedrich Plaseller, k. u. k. Militär-Assistenzart d. Res., in Mitrowitza in Slavonien nach aufopfernder Tätigkeit in den dortigen Militär-Infektions-Lazaretten im Dienste des Vaterlandes gestorben. Ehre seinem Andenken!

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt** in Holstein. Direktor Dr. Dabelstein war vom 18. bis



25. Februar 1915 zur Begleitung eines Lazarettzuges von Lübeck nach dem westlichen Kriegsschauplatz.

— **Hohe Mark** b. Frankfurt (M.). Dem leitenden Arzte und Besitzer der Klinik Hohe Mark Hofrat Prof. Dr. Friedländer wurde das Eiserne Kreuz verliehen.

— **Großh. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim** (Baden). Der bisherige II. Arzt Med.-Rat Dr. Artur Barbo wurde unterm 2. Januar d. Js. zum Direktor dieser Anstalt ernannt.

— **München.** Den Privatdozenten der Psychiatrie Dr. Wilhelm Specht, Dr. Ernst Rüdin und Dr. Felix Plaut wurde Titel und Rang des außerordentlichen Professors verliehen.

— **Frankfurt a. Main.** Prof. Dr. Kurt Goldstein, bisher Privatdozent und Oberarzt der Psychiatrischen Klinik in Königsberg i. Pr., wurde als Abteilungsvorsteher an das Neurologische Institut in Frankfurt a. M. berufen. Antrittsvorlesung: Die Lokalisation der psychischen Vorgänge im Gehirn.

Buchbesprechungen.

— L. Jankau: Kriegsärztliches Taschenbuch für Feld-, Marine- und Lazarettärzte nebst Kriegsärztliches Tagebuch mit 258 Figuren. I. Teil. 154 Seiten. 1915. Repertorien-Verlag.

Die vorliegende Publikation „soll das Wesentliche des Wissenswerten aus den wissenschaftlichen wie praktisch medizinischen Erfahrungen des gegenwärtigen Krieges wiedergeben und zwar so, daß eine rasche Orientierung und eine rasche Verwertung zum Wohle unserer Soldaten möglich wird".

Der I. Teil enthält folgende Abschnitte: Einige wichtige anatomische usw. Daten. Der Operationsraum. Die Narkose. Die Lokalanästhesie. Allgemeines zur Behandlung von Kriegsverletzungen. Die Seekriegsverletzungen. Spezielle Chirurgie, mit zahlreichen Unterabteilungen. Die chirurgischen Infektionen. Technisches (z. B. Transfusionen, Lumbalpunktion usw.). Anhang: Sanitätsdienst im Kriege usw. — Jankaus Kriegsärztliches Taschenbuch kann bestens empfohlen werden. B.

— **Jahresbericht zum 50 jährigen Bestande der mährischen Landes-Irrenanstalt in Brünn 1912.** Verfaßt von Dr. Alfred Hellwig, k. k. Regierungsrat und Direktor der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn.

Der sehr interessante Bericht enthält zunächst eine illustrierte Beschreibung der Anstalt in Brünn und der Beobachtungs-Abteilung der Landeskrankenanstalt zu „St. Anna" in Brünn, dann den Jahresbericht selbst mit sehr eingehenden Tabellen, namentlich über die Beköstigung. B.

Therapeutisches.

— **Erfahrungen mit dem Schlafmittel Aponal.** Von Dr. med. Willy Sternberg, Berlin. Allg. Med. Central-Zeitung 1913 Nr. 50.

Zusammenfassung: Wir besitzen in dem Aponal ein prompt wirkendes Schlaf- und Beruhigungsmittel, das gern genommen und gut vertragen wird.

— **Bolus alba** empfiehlt Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht (Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 42) ganz besonders bei Cholera. Stumpf habe sie „mit zauberhaftem Erfolge" (Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 14) gegen Cholera angewandt. „Das Mittel scheint selbst in ganz schweren Fällen nicht zu versagen, je eher angewandt, desto besser natürlich. Es kommt noch dazu, daß die Cholerabazillen nach Bolus alba sehr bald aus dem Stuhl verschwinden, während die Kranken sonst ja noch wochenlang Cholerabazillen ausscheiden." Den Tropenärzten sei die großartige Wirkung von Bolus alba bei akuten und chronischen Ruhrfällen schon lange bekannt, bei jedem einfachen Durchfall wirke das Mittel sehr prompt. Anwendung „ungeheuer einfach". „200 g Bolus alba werden in etwa die doppelte Menge Wasser eingerührt und möglichst auf einmal getrunken." Diese Gabe kann öfter wiederholt werden. Die Firma E. Merck, Darmstadt, liefert die Bolus alba in sehr einfacher Verpackung à 200 g in doppelten Papierbeuteln. „Es gibt kein einfacheres und wirksameres Mittel, um akuten Durchfällen zu begegnen und bei Cholera- und Ruhrgefahr die weitere Ausscheidung und Verbreitung von Ruhr- und Cholerabazillen zu verhindern." B.

— **Grotan und Festalkol zur Händedesinfektion.** Von O. Prym. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschrift vom 3. November 1914.

Wo zum Abspülen und Abtrocknen der Hände nach der Desinfektion mit Seifenspiritus oder Festalkol steriles Wasser und auch ein steriles Waschbecken zur Aufnahme des sterilen Wassers und sterile Handtücher nicht vorhanden sind, befolgt Prym folgendes Verfahren: Bevor man sich wäscht, werden in die in einem reinen, nichtsterilen Waschbecken befindliche Sublimatlösung oder in die empfohlene Grotanlösung zwei große Bäusche entfetteter Watte gelegt, die nicht steril zu sein braucht, da etwa in ihr vorhandene Keime während des Waschens der Hände mit dem Seifenalkohol abgetötet werden. Nach beendeter Seifenalkoholwaschung wird vorsichtig, d. h. so daß möglichst wenig Seife in die Sublimat- oder Grotanlösung gelangt, ein Wattebausch herausgenommen und man läßt die von ihm abtriefende Flüssigkeit außerhalb des Waschbeckens, also so, daß sie nicht in das Waschbecken zurückläuft, über die Hände laufen, wischt unter allmählichem Ausdrücken des Wattebausches die Seife möglichst von den Händen ab und legt den benutzten Wattebausch fort. Dann geht man mit den Händen in den Rest der Sublimat- oder Grotanlösung, spült die Hände darin nochmals ab, oder bürstet sie nach Süpfles Vorschlag mit dem Desinfiziens, ergreift den zweiten Wattebausch, drückt ihn, jetzt über der Waschschüssel, sehr fest aus und wischt mit ihm die Hände trocken. Man braucht nur 1/2 Liter desinfizierende Flüssigkeit. B.



Zeichnet die zweite Kriegsanleihe!

Die Stunde ist gekommen, da von neuem an das gesamte deutsche Volk der Ruf ergehen muß:

Schafft die Mittel herbei, deren das Vaterland zur Kriegsführung notwendig bedarf!

Von der ersten deutschen Kriegsanleihe hat man gesagt, sie bedeute eine gewonnene Schlacht. Wohlan denn, sorget dafür, daß das Ergebnis der jetzt zur Zeichnung aufgelegten zweiten Kriegsanleihe sich zu einem noch größeren Siege gestalte. Das ist möglich, weil Deutschlands finanzielle Kraft ungebrochen, ja unerschöpflich ist. Das ist nötig, denn Deutschland muß gegen eine Welt von Feinden sein Dasein verteidigen und alles einsetzen, wo alles auf dem Spiele steht. Und schließlich: Es ist nicht nur Pflicht, sondern Ehrensache eines jeden Einzelnen, dem Vaterlande in dieser großen, über die Zukunft des deutschen Volkes entscheidenden Zeit mit allen Kräften zu dienen und zu helfen. Unsere Brüder und Söhne draußen im Felde sind täglich und stündlich bereit, ihr Leben für uns alle hinzugeben. Von den Daheimgebliebenen wird kleineres, aber nicht unwichtigeres verlangt: ein jeder von ihnen trage nach seinem besten Können und Vermögen zur Beschaffung der Mittel bei, die unsere Helden draußen mit den zum Leben und Kämpfen notwendigen Dingen ausstatten sollen.

Darum zeichnet auf die Kriegsanleihe! Helfet die Lauen aufrütteln. Und wenn es einen Deutschen geben sollte, der aus Furcht vor finanzieller Einbuße zögert, dem Rufe des Vaterlandes zu folgen, so belehret ihn, daß er seine eigenen Interessen wahrt, wenn er ein so günstiges Anlagepapier, wie es die Kriegsanleihe ist, erwirbt. Jeder muß zum Gelingen des großen Werkes beitragen.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh,** Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Stellengesuche

An der **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Tost** (Oberschl.) ist zum 1. Juni d. Js. eine

Assistenzarztstelle

bei einem Anfangsgehalt von 1800 Mark neben freier Wohnung und völlig freier Station I. Klasse zu besetzen.

Verheiratete erhalten an Stelle der Nebenbezüge eine Barentschädigung von 1500 Mark.

Bei Bewährung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000—6600 Mark. In anderen Stellungen verbrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorbildung ist nicht erforderlich. Meldungen mit Lebenslauf, Approbation als Arzt und etwaigen Zeugnissen sind zu richten an die **Direktion.**

Assistenzarzt gesucht.

Wegen Einberufung mehrerer Anstaltsärzte zum Heere ist auf Kriegsdauer die Stelle eines Assistenzarztes an hiesiger Anstalt aushilfsweise zu besetzen. Jahresgehalt 2400 M, wovon 500 M für den Bezug freier Station einbehalten werden. Psychiatrische Vorbildung wird nicht verlangt. Bewerbungen unter Vorlage des Approbationsscheines, d. Prüfungszeugnisse und eines Lebenslaufs erbittet sich **die Direktion der Kgl. Heilanstalt Winnental (Württemberg) Dr. Kreuser.**

Für **die Kückenmühler Anstalten** in Stettin-Grünhof wird zum sofortigen Antritt eine erfahrene

Stationspflegerin

gesucht. Auswärtige Dienstzeit wird auf das Gehalt angerechnet. Pensionsberechtigung. Freie Station und Dienstkleidung.

Meldungen mit Gehaltsansprüchen, Zeugnisabschriften und Lebenslauf an **Direktor Pastor Karig.**



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 51/52. 27. März **1914/15.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind vorläufig an Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., zu richten.

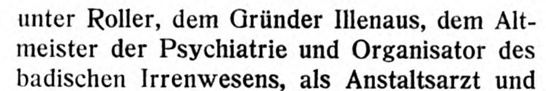
Inhalt:

Franz Fischer †.

Am 7. Dezember 1914 gegen Abend verschied plötzlich im Kreise einer befreundeten Familie am Herzschlag der Direktor der badischen Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim, Geheimer Medizinalrat Dr. Franz Fischer. Er hatte noch am selben Tage, einer Aufforderung von uns Kollegen folgend, eine Glückwunschadresse auf das 25jährige Direktor-Jubiläum seines Lehrers und Freundes Heinrich Schüle wie begonnen so vollendet und von dieser Arbeit als einer ihm lieben und leicht gewordenen gesprochen; die Adresse ist ein Muster an Formschönheit und inhaltlichem Wert. So ist seine letzte Tat im Dienste der Freundschaft gestanden, ein Abschluß wie gefügt für das Wesen des Mannes, um den wir trauern!



Franz Fischer ist am 19. Februar 1851 in Illenau, der badischen Heil- und Pflegeanstalt geboren, wo sein Vater damals unter Roller, dem Gründer Illenaus, dem Altmeister der Psychiatrie und Organisator des badischen Irrenwesens, als Anstaltsarzt und hochgeschätzter Mitarbeiter des Direktors wirkte. Im Jahre 1860 siedelte der Vater, zum Direktor der Pforzheimer Anstalt ernannt, mit seiner Familie dahin über. Der Sohn, zum Unterschied von seinem gleichnamigen Vater, Franz Fischer der Jüngere genannt, wiederholte im ganzen den Lebensgang seines Vaters, indem er ihm in Beruf und Amt nachfolgte. Nach dem Studium der Medizin in Heidelberg (1870 bis 1875) war er einige Monate Volontärarzt in Illenau, dann von (1875 bis 1884) Hilfsarzt in Pforzheim und von 1884 bis 1889 Anstaltsarzt in Illenau.



Mit Illenau hängt somit Franz Fischers Werdegang aus drei Lebensperioden (früheste Kindheit, Lehrjahre und Schaffenszeit) aufs

engste zusammen. Hier hat er in der vom Vater früher innegehabten Stellung gelebt und gewirkt, hier auf der Heilabteilung der Männer seine ärztlichen Erfolge gefeiert; hier hat er mit Gesunden und Kranken Freundschaften fürs Leben geschlossen. In Illenau, das damals vor der Gründung der Irrenkliniken eine Hochschule für psychiatrische Ausbildung war, hat er zuerst kurze Zeit unter der Leitung der überragenden Persönlichkeit Rollers, später dann im geistigen Verkehr und Austausch mit menschlich und wissenschaftlich gleich bedeutenden Kollegen wie Hergt, Schüle, Kirn, Eickholt, Roller jr. und vielen andern seine persönliche und wissenschaftliche Ausreifung und die Vervollkommnung seines geistigen Wissens, seines ärztlichen Könnens und vor allem seiner praktisch psychiatrischen Meisterschaft erfahren. In Illenau endlich begründete Franz Fischer sein eheliches Glück im Bund mit einer ihn völlig verstehenden Lebensgefährtin.

Aus dieser und der vorhergehenden Zeit stammt eine Reihe wissenschaftlicher Veröffentlichungen des Verstorbenen aus verschiedenen Gebieten, die alle den gründlichen Arbeiter am Werke zeigen und noch heute ihren Platz in der Forschung behaupten, so vor allem seine Arbeiten zur Epilepsiefrage.

Nach der Eröffnung der neuen großen Anstalt bei Emmendingen, wohin der Nachfolger des Vaters Fischer in Pforzheim, Direktor Dr. Walther als Leiter berufen worden war, kam Franz Fischer noch in verhältnismäßig jungen Jahren auf den Direktorposten in Pforzheim als der zweite Nachfolger seines Vaters und hat als pietätvoller Sohn diese Stellung nicht mehr verlassen.

Die schwere Aufgabe, die er mit der Leitung der veralteten, längst ersatzbedürftigen Pforzheimer Anstalt übernahm, faßte er mit dem Herzen an; er war stets der aufmerksame und Abhilfe suchende Freund der Kranken, der treue Führer und Berater seiner Untergebenen und Beamten. Er ermüdete auch nicht, als alle Versuche des Staates, Ersatz für Pforzheim in den neuen Anstalten Emmendingen, Wiesloch, Konstanz, wozu in letzter Zeit noch das Projekt für die Doppelanstalt in Rastatt kam, zu schaffen, erfolglos waren, sondern blieb seinem Amte treu und führte es in der aufopferndsten und erfolgreichsten Weise durch mehr als fünfundzwanzig Jahre fort.

Ihm ist es zu danken, daß Pforzheim in der ihm zugeteilten Aufgabe in der Irrenfürsorge des Landes trotz aller baulichen Altersschäden, zeitweise sogar unter erhöhten Anforderungen, erhalten werden konnte; eine Leistung, die gerade wegen der damit verbundenen Resignation die volle Achtung und Anerkennung jedes Fachkollegen wie der Regierung und des Landes verdient.

Nach der Gründlichkeit seines ganzen Wesens verfolgte Franz Fischer daneben mit lebhaftem Interesse die Entwicklung sowohl unserer gesamten medizinischen Wissenschaft wie unseres Faches in allen Zweigen, insbesondere in der klinischen Psychiatrie; ebenso regen und tätigen Anteil nahm er aber auch an allen praktisch-psychiatrischen Tagesfragen, für die er einen tiefdringenden Blick und klares Verständnis hatte. Insbesondere gilt dies von seiner Beteiligung an der Ausgestaltung der badischen Landesirrenfürsorge im allgemeinen und an den neuen Projekten im Anstaltswesen, den Neubauten von Wiesloch, Konstanz und Rastatt, wie z. B. seine Mitarbeit an der ersten „Denkschrift der badischen Direktoren über die Ausgestaltung des badischen Irrenwesens" beweist.

Am 21. August 1914, also gerade in den ersten Wochen des Weltkrieges, konnte Franz Fischer sein fünfundzwanzigjähriges Jubiläum als Direktor der Pforzheimer Anstalt begehen. Nicht nur der ernsten Zeit halber, sondern auch dem eigensten Wunsche der bescheidenen, solcher Feier abholden Natur des Jubilars entsprechend, verlief das Fest im Innern der Anstalt, begleitet aber von den innigsten Wünschen seiner sämtlichen Kollegen und aller weit und breit, die ihm im Leben näher getreten waren. Es war ihm nicht beschieden, diesen Ehrentag lange zu überleben.

Wenn ich damit den äußeren Lebensgang



des Verstorbenen abschließe, so geziemt es mir noch beim Menschen Franz Fischer und seinen liebenswerten Eigenschaften zu verweilen. In seinem Wesen verbanden sich Gemütstiefe und Charakterfestigkeit, Milde und Wahrheitsliebe, Feinfühligkeit und Natürlichkeit zu einem festen Bunde edlen Menschentums. In der persönlichen Güte und Unmittelbarkeit, womit er aus seinem reichen Innern Rat, Trost, Halt und Zuversicht, freudige und ernste Anteilnahme spendete, lagen die starken Wurzeln seiner Kraft, die ihm Kranke und Gesunde gewannen und auf die Dauer festhielten; jedermann wußte unwillkürlich, auf den kannst du dich felsenfest verlassen. In dieser ganzen Formung seiner Persönlichkeit war auch zugleich seine Eignung zum Seelenarzt am sichersten begründet.

Außer der inneren Ausgeglichenheit bewundern wir an Franz Fischer eine harmonische Ausbildung des Geistes auf allen Wissensgebieten, eine ernste und tiefgründende Liebe für alles Schöne, Wahre und Gute, was Wissenschaft, Kunst und Natur dem Menschen bietet.

Eine vornehme Besonderheit, die für sein ganzes geistiges Wesen charakteristisch ist, besteht darin, daß er Goethe zum Führer seines Lebens erwählte. Er hatte sich so intensiv in dessen Werke, Persönlichkeit und Leben vertieft, daß man keinem Gelehrten vom Fach unrecht tut, wenn man behauptet, Franz Fischer sei einer der größten Goethekenner gewesen. Wer ein Wort aus Goethes Werken nicht auffinden, eine Tatsache aus seinem Leben nicht sicherstellen konnte, durfte gewiß sein, von Franz Fischer die richtige Auskunft zu bekommen, selbst wenn der Fragende vorher anerkannte Größen umsonst angegangen hatte. In ihm, dem großen Deutschen lebte er sein Leben nach; für jeden Augenblick, für jede Lage, für jeden Menschen, dem er wohlgesinnt war, fand er stets das bezeichnende Goethewort. Von Goethes Geistesinhalt ging viel in Fischers eigenes geistiges Leben, auch in seinen Gedankenausdruck über, ohne daß er deshalb ein bloßer Nachempfinder geworden wäre.

Ein wahrer Genuß war der Briefwechsel mit dem Verstorbenen. Das echte Gefühl des Mitlebens mit dem Partner, des inneren Eingehens auf seine Persönlichkeit, auf seine Anliegen, Sorgen oder Pläne zeichnete ihn aus. Wie selten ist das heutzutage noch zu finden! Kein Brief ohne irgendeine bedeutsame Äußerung, sei es im Anklang an seinen Meister Goethe, sei es wie so oft edelste Worte eigener Prägung.

Ein zweiter Leitstern für sein Leben war ihm aus dem weiten Feld der Kunst das Sondergebiet der Kunst unseres deutschen und badischen Meisters Hans Thoma geworden. Ihn verehrte er wegen des Ausdrucks der Gemütstiefe in seinen Werken, und zwar befaßte er sich mit Vorliebe mit des Meisters deutschen Landschaften; sie erschienen ihm als der wahrste Ausdruck künstlerischen Erlebens und Erfassens unserer deutschen Natur. Noch in seiner letzten Lebenszeit wollte er mit mir Meister Thoma besuchen und hätte es für einen hohen Gewinn seines Lebens angesehen, wenn er mit dem großen Künstler, den er vorher persönlich nur flüchtig kennen gelernt hatte, über seine Werke in vertrauten Gedankenaustausch hätte treten können. Nur mochte er sich während des Weltkriegs diese der Kunst geweihte Zusammenkunft nicht recht denken; er sollte den Frieden und damit die Ausführung seines Vorhabens nicht mehr erleben.

Franz Fischer wird bei all denen, die seinen wahren Kern erkennen durften, im Gedächtnis fortleben als vorbildlicher Arzt und Menschenfreund, als untadeliger Charakter, als vornehm bescheidene Natur, als ein hochgesinnter feinfühliger Geist. Nach diesen Werten bestimmt sich der Gehalt seiner Persönlichkeit.

„Höchstes Glück der Erdenkinder
Ist nur die Persönlichkeit."

Max Fischer, Wiesloch.

Die Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide an unsern Heil- und Pflegeanstalten.

Von Medizinalrat Dr. **Max Fischer**, Wiesloch.

Zur rechten Zeit, schon in den ersten Monaten nach Kriegsausbruch, setzte an verschiedenen Orten zugleich eine Bewegung der Fürsorge für die im Kriege Verletzten ein, die überaus segensreich zu wirken berufen ist. Im Hinblick auf die erstaunenswerten Erfolge in der Heilbehandlung und Beschäftigungstherapie der körperlichen Krüppel in Friedenszeiten (Krüppelfürsorge, Krüppelheime), wurde das Ziel aufgestellt, auch die im Kriege verletzten und verstümmelten Soldaten, nachdem sie mit allen Mitteln der Heilkunde zunächst von ihren Wunden wieder hergestellt und genügend gekräftigt sind, trotz ihres beklagenswerten Zustandes sofort, womöglich noch im Lazarett selbst, einer gewissen Betätigung der noch vorhandenen Kräfte, also einer gesundheitsgemäßen, vom Arzte überwachten Beschäftigung zuzuführen.

Die Krieger sollen auf diese Weise nicht nur Zerstreuung und Ablenkung von den nur zu leicht auf ihre Verstümmelung gerichteten Gedankenkreisen erhalten, sondern vor allem von Anfang an in dem Bewußtsein erzogen werden, daß sie trotz der erlittenen Einbuße nicht zur Untätigkeit verdammt, sondern noch zu etwas in der Welt nütze seien; ja, daß sie mit Geduld und Ausdauer einen nicht unerheblichen Grad von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wieder erreichen können. Mit eiserner Energie ist auf diesem Gebiete, wie viele einzelne Fälle beweisen, beinahe nichts mehr unmöglich. Wie überaus wichtig sowohl in ethischer als auch in sozialer Beziehung diese Erziehung der Verstümmelten zu neuem Streben und Wirken, sei es im früheren oder in einem neu zu erlernenden Berufe, ist, braucht hier nicht näher dargelegt zu werden. Der Invalide soll nicht auf das Mitleid der Umgebung oder auf seine Invalidenrente, die ihm übrigens in liberaler Bemessung verbleiben soll, allein angewiesen sein und so in ein für den aufrechten Mann unerträgliches Abhängigkeitsverhältnis geraten, sondern er soll auch weiterhin trotz seines Zustandes nach dem Maße seiner Fähigkeiten teilhaben an der jedem Menschen notwendigen Arbeit und Selbständigkeit, an der Sorge für seine Familie, am Einsetzen der Kräfte für Gemeinwohl und Vaterland auch in Friedenszeiten. So wird er vor dem Versinken in Untätigkeit und damit in Verfall bewahrt und auf der sittlichen Höhe des freien Menschen erhalten. Das sind die leitenden Gesichtspunkte.

Bei der Überlegung, wie nun diese Fürsorge praktisch einzuführen und an welche vorhandenen Institutionen etwa sie anzugliedern sei, kam mir sofort der Gedanke, ob nicht auch unsere Heil- und Pflegeanstalten kraft ihrer vielseitigen Organisation und der dadurch schon bestehenden Möglichkeiten dazu berufen seien, in dieser Bewegung tätig mit einzugreifen. Jede Anstalt verfügt infolge ihrer ausgedehnten Beschäftigungstherapie für ihre Pfleglinge über Werkstätten jeder Art und über eine ganze Anzahl anderer Betriebe, über geübte und tüchtige Werkmeister und Beamten, die unsere Kranken nicht nur bei ihrer Betätigung leiten, sondern auch oft neu auf dem Handwerk einlernen und einarbeiten müssen. Da liegt es nahe, diese bereits vorhandenen Einrichtungen auch für *die* Zwecke der Erwerbsfürsorge der Kriegsinvaliden nutzbar zu machen. Und zwar kann dies in zweierlei Hinsicht geschehen; erstens können Invalide sich hier wieder in ihrem seitherigen Handwerk und Beruf nach Möglichkeit einüben und die *alte* Fertigkeit zu erlangen suchen; zweitens haben solche Invaliden, die wegen ihrer Verstümmelung zu einem andern Beruf überzutreten gezwungen sind, hier auf den Werkstätten und in andern Betrieben gute Gelegenheit, durch unsere Meister in neuen Berufsarten angelernt und ausgebildet zu werden. Außer in den Werkstätten selbst gibt es im Wirtschaftsbetrieb (Kochküche, Waschküche, Metzgerei, Bäckerei), in der ausgedehnten Gärtnerei und Ökonomie, sowohl in den Stallungen als in der großen Landwirtschaft der Anstalt und in der Gebietsaufsicht, ferner auch im Telephon-, Post-, Bureau- und Dienerdienst, in Apotheke und Laboratorien, für leichter Verletzte vielleicht auch im Wartdienst, schließlich im Kanzlei- und Rechnungswesen Beschäftigungsformen, in denen solche Invaliden sich unterrichten und ausbilden lassen oder sich nützlich betätigen können. Während dieser Zeit haben sie zugleich ständig ärztlichen Rat und Weiterbehandlung bei unsern Anstaltsärzten zur Seite und können sämtliche medizinischen Einrichtungen der Anstalt mitbenützen. Ist der Zweck des Aufenthalts erreicht, so sollen den Invaliden auswärts für sie passende Stellen beschafft werden; einige werden auch bei sonstiger Eignung im Anstaltsdienst selbst einen dauernden Posten finden können.

Die Befürchtung, daß dadurch etwa unsern Pfleglingen selbst Beschäftigungsmöglichkeiten entgehen, teile ich nicht. Denn die Kriegsinvaliden sind in der Mehrzahl wohl nur auf kürzere Zeit da und bezwecken lediglich das Wiedereinarbeiten oder das Neulernen eines Gewerkes oder Berufs, während unsere Kranken zum großen Teil auf



längere Zeit der gleichen Beschäftigung sich widmen. Außerdem sind unsere Werkstätten wohl nicht so stark besetzt, daß nicht überall ein oder zwei Invaliden ohne Beschränkung unserer Kranken dazu genommen werden könnten. Das Maß des Zugangs und Abgangs aber kann jeweils von uns geregelt und dem Bedürfnis angepaßt werden. Ich stelle mir vor, daß zur gleichen Zeit jeweils nur eine geringe Zahl Invalider in der Anstalt anwesend sein wird, um dann wieder andern Platz zu machen.

Man kann nun freilich, wie überall, auch gegen diese Beschäftigung von Kriegsinvaliden in Heil- und Pflegeanstalten und zusammen mit Geisteskranken Bedenken geltend machen. Auf den ersten Blick hat es zweifellos für den Laien etwas Befremdendes, geistig Gesunde, in diesem Fall körperlich verkrüppelte Soldaten, mit Geisteskranken (geistigen Krüppeln) in engeren täglichen Verkehr zu bringen. Man kann einen Widerwillen oder direkte Ablehnung der geistig Gesunden dagegen annehmen, auch wenn diese Abneigung nur auf Vorurteilen beruht. Man kann eine üble geistige Einwirkung vom Umgang mit Irren auf das Gemüt der körperlich Invaliden konstruieren, wenn auch Beweise dafür sich schwer erbringen lassen werden. Ebensogut könnte man andererseits an eine ungünstige Beeinflussung der Geistes- und Gemütskranken durch den Anblick der Verstümmelten denken; auch hierfür fehlen aber tatsächliche Anhaltspunkte.

Im Grunde genommen stehen doch beide Kategorien unter der gemeinsamen Signatur der gesundheitlich Geschädigten, die einen geistig, die andern körperlich. Und beide Kategorien sollen auch einer gesundheitsgemäßen, regelmäßigen Beschäftigung zugeführt und in ihrem Kräftezustand und zugleich besonders in ihrer Willenskraft so gefördert werden, daß sie auf die Dauer einer nützlichen Betätigung im Leben wiedergewonnen sind. Ich glaube es liegt hier näher, das Gemeinsame als das Trennende zu betonen und nicht, was immer bedenklich und gefährlich ist, alten Vorurteilen nachzugeben.

Was nun das Zusammenbringen von geistig Gesunden mit Geisteskranken in denselben Räumen betrifft, so steht dies auch im gewöhnlichen Leben durchaus nicht vereinzelt da. Abgesehen davon, daß mindestens ein Viertel bis ein Drittel aller Geisteskranken draußen in der Freiheit, in der Familie usw. lebt, ohne daß man sich in ihren Kreisen groß daran stößt, werden auch innerhalb der Irrenanstalten seit langem Geistesgesunde in jeder Anstalt mit den notorisch Kranken, wenigstens in Einzelfällen, verpflegt; es sind die zur Beobachtung und Untersuchung ihres Geisteszustandes Eingewiesenen, die, ob sie sich später als gesund oder krank erweisen, doch von vornherein als Gesunde angenommen werden. Sie haben sich von jeher in diese Gemeinschaft finden müssen und meist auch ohne Schwierigkeiten gefunden. Auch Soldaten waren immer schon in Friedenszeiten unter diesen Eingewiesenen. Jetzt im Kriege ist ihre Zahl sogar stark angestiegen. Niemand findet etwas daran, daß sie gemeinsam auf den Abteilungen mit den Geisteskranken, sogar schwer Kranken verpflegt werden.

Viele epileptische oder psychisch nervöse, leicht gemütskranke Soldaten mit erhaltener Besonnenheit, die dem Laien wohl nicht als Geisteskranke imponieren, die sich vor allem auch selbst für geistig ganz intakt halten, werden schon jetzt überall auf unsern gemeinsamen Abteilungen gehalten, ohne daß sich Beschwerden oder Mißstände ergeben.

Man darf auch nicht vergessen, daß die Invaliden selbst Kranke, Beschädigte sind und bleiben und daß sie sehr oft nicht nur körperlich, sondern infolge ihrer Verstümmelung auch nervös und gemütlich gelitten haben und dauernd leiden. Sie bedürfen des regelmäßigen ärztlichen, und zwar psychisch ärztlichen Zuspruchs, den sie nirgends besser erhalten können als von unsern psychologisch und psychiatrisch geschulten Anstaltsärzten. Aber auch das ganze vom Geist der Krankenfürsorge beherrschte Milieu der Anstalt wird dabei mithelfen. In Gesellschaft von Leidensgenossen, hier also den beruhigten Geisteskranken, werden sich unsere Invaliden sicher nicht niedergedrückt fühlen, sondern gegenteils eher sich daran erheben, daß andere noch unglücklicher daran sind wie sie; sie sind zwar körperlich verstümmelt, haben ein Glied usw. verloren; den Geisteskranken aber fehlt das, was sie, die Kriegsinvaliden alle besitzen, die geistigen Kräfte und die Selbstbestimmungsfähigkeit. Dieser Gegensatz und Vergleich wird dazu beitragen, sie mit ihrem Los eher auszusöhnen und zu neuer Betätigung ihrer Kräfte anzuregen. Man kann sich sogar davon einen gesunden Ansporn, einen Wetteifer, es in der Arbeit dem geistesgestörten Gefährten gleichzutun, versprechen.

Schließlich ist aber zu berücksichtigen, daß die Kriegsbeschädigten in unseren Anstalten nicht mit allen, vor allen Dingen nicht mit den schwer Geisteskranken in Berührung kommen werden, sondern nur mit solchen, die nach ihrem geistigen Gesundheitszustande auf Werkstätten usw. beschäftigt werden können, also im großen ganzen mit ruhigen, harmlosen und zuverlässigen Kranken, mit



denen, selbst wenn sie dann und wann ihren krankhaften Gedanken Lauf lassen, sehr gut auszukommen ist, bei deren Mehrzahl ein Laie für gewöhnlich die Krankheit wenig anmerken wird.

Nun bestehen in ganz Deutschland in den meisten Irrenanstalten bereits Reservelazarette mit Kriegsverwundeten. Ich bezweifle, ob hier die Trennung von den Geisteskranken immer ganz streng durchführbar ist, vermute gegenteils, daß die Krieger hier ganz gern zeitweise mit den geordneten und besonnenen Geisteskranken verkehren und umgekehrt. Hier befinden sich also in der Tat verwundete Soldaten am gleichen Ort mit Geisteskranken und im Verkehr mit ihnen, ohne daß von Übelständen etwas bekannt geworden wäre.

Alle Bedenken in der Erwerbsfürsorge werden übrigens gleichfalls gerade an diesen Anstalten wohl längst durch die Wirklichkeit überholt sein. Wenn nämlich ein Verwundeter im Lazarett einer Irrenanstalt genest, sich dann kräftigen und körperlich üben, auch in seinem Handwerk oder Beruf betätigen will und soll, so ist es doch ganz natürlich und das Nächstliegende, daß er dies nicht auswärts, sondern an Ort und Stelle, in den zahlreich vorhandenen Werkstätten und Betrieben, die jede Irrenanstalt besitzt, unter ärztlicher Anweisung und Kontrolle ausübt, wie es im Interesse seiner eigenen Förderung gelegen ist.

Wenn ich somit wohl mit Recht annehmen darf, daß für einzelne Fälle in der Praxis des Anstaltslebens das von mir angestrebte Ziel schon ganz von selbst sich ergeben hat, so würde es sich nur noch darum handeln, die Maßnahme zu einer generellen zu machen, d. h. sowohl von der Regierung wie von der Zentrale der Erwerbsfürsorge aus sämtliche Irrenanstalten zur Annahme von Kriegsverstümmelten zwecks Betätigung in ihren Werkstätten, wirtschaftlichen und administrativen Betrieben zu ermächtigen und im ganzen Verfahren den Zusammenhang mit der Organisation der Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide herzustellen. Diese Verbindung ergibt sich um so leichter, als unser Anstaltswesen unter behördlicher Aufsicht steht und die öffentlichen Irrenanstalten Institutionen der Gemeinde oder größerer Verbände (Kreise, Provinzen) oder direkt des Staates sind. Die Versorgung und Beschäftigung der Kriegsverstümmelten ist aber eine Sache des Reiches und der Bundesstaaten. Es ist nicht mehr als recht und billig, daß geeignete staatliche Institutionen wie die unsrigen sich an dieser wichtigen vaterländischen Aufgabe beteiligen, zumal der neue Zweck mit dem eigentlichen Beruf unserer Anstalten wohl vereinbar ist. Beides sind Probleme ärztlicher Fürsorge an des Mitleids bedürftigen Kranken und Beschädigten; in beiden Fällen soll ihnen auf dem Wege der Beschäftigungstherapie vorwärts geholfen werden.

Der Hauptvorzug liegt dabei in der leicht möglichen Anpassung und Eingliederung in schon über ganz Deutschland verbreitete, große und bewährte Organisationen, die so, wie sie sind, sofort benützt werden können, während alles andere erst neu mit großen Mitteln begründet werden müßte. Ohne weiteres ist aber einzusehen, ein wie großer Vorteil der wohltätigen und nötigen Bewegung der Erwerbsfürsorge damit auf einen Schlag zuwachsen würde. Nimmt man nämlich an, daß sämtliche öffentliche Heil- und Pflegeanstalten des deutschen Reiches, die ja ohne Ausnahme *über* einen ausgedehnten Beschäftigungsbetrieb verfügen, sich an der ihnen hier angesonnenen Aufgabe beteiligen und daß eine Anstalt gering gerechnet nur 10 bis 15 Verstümmelte zumal beherbergt und beschäftigt, so kommen wir auf eine Zahl von im ganzen 2000 bis 3000 versorgten Kriegern. Nehmen wir die größeren Privatirrenanstalten des Reichs hinzu, so kann noch eine weitere Zunahme von etwa ebenso vielen Plätzen für Verstümmelte erwachsen. Angesichts dieser Zahlen und der darin für ebensoviel Köpfe gewährleisteten wohlgeordneten Versorgungsmöglichkeit sollten, glaube ich, alle kleineren Bedenken schweigen.

Die Verrechnung mit der Militärverwaltung oder den staatlichen Behörden, die damit befaßt sind, dürfte keine Schwierigkeiten bereiten. Auch die praktische Durchführung wird in jeder Anstalt unschwer möglich sein. Die der Anstalt zugewiesenen Kriegsverletzten werden, soweit nicht so wie so ein Kriegslazarett vorhanden ist, in einem geeigneten Pavillon oder einer Abteilung der Anstalt, etwa einem offenen Landhaus, ihre Schlafräume und einen Tagsaal angewiesen erhalten, wenn sie es nicht vorziehen, mit den übrigen Pfleglingen des Hauses ungezwungen und natürlich zu verkehren. Untertags gehen sie nach ärztlicher Anordnung in die Werkstätten und Betriebe der Anstalt und betätigen sich dort gemeinsam mit den Anstaltspfleglingen nach dem Maße ihrer Kräfte unter Anleitung der Werkmeister und Beamten der Anstalt. Der eine wird in seinem früheren Handwerk weiter zu arbeiten versuchen und sich darin unter fortdauernder Heilbehandlung, wofür in der Anstalt ja jede Gelegenheit gegeben ist, je nach dem unter Zuhilfenahme von Prothesen und andern Unterstützungsapparaten zu vervollkommnen streben; der andere wird nach der Art seines Zustandes völlig umlernen müssen, einen ganz neuen Beruf ergreifen und sich darin in dem betreffenden



Anstaltsbetriebe, soweit als irgend möglich und erforderlich, ausbilden. Nach kürzerer oder längerer Zeit werden die Invaliden, soweit sie nicht innerhalb des Anstaltsbetriebes selbst dauernde Verwendung finden, sodann mit Hilfe der Organe der Erwerbsfürsorge wieder außerhalb der Anstalt Tätigkeit und Stellung erhalten und damit ihrem früheren Kreise und dem öffentlichen Leben wiedergegeben werden.

Dort können sie uns und unsern Institutionen dadurch einen Liebesdienst erweisen, daß sie aus eigener genauer Kenntnis richtige Anschauungen über Geisteskranke, das Anstaltsleben und das Wirken der Irrenärzte verbreiten, Vorurteile gegen Kranke und Anstalten zerstreuen helfen und so einer gesunden Aufklärung des Publikums die Wege öffnen.

Selbstverständlich soll niemand von den Kriegsverstümmelten gezwungen werden, die Irrenanstalten zu seiner handwerklichen Ausbildung aufzusuchen; wer dagegen eine unüberwindliche Abneigung hat, der bleibe draußen. Meiner Überzeugung nach wird es sich indessen nur um vereinzelte Persönlichkeiten handeln, die sich die ihnen gebotenen Vorteile entgehen lassen.

Sicher ist, daß mit diesem Zweige der Fürsorge jeder Anstalt sowohl in ärztlicher als in administrativer Beziehung vermehrte Arbeit anwächst, die vielleicht gerade in den gegenwärtigen Kriegszeiten nicht ganz gering anzuschlagen ist. In einem so großen Organismus der Krankenfürsorge, wie ihn jede Heil- und Pflegeanstalt darstellt, muß diese Mehrarbeit aber ohne weiteres geleistet werden können. Außerdem handelt es sich dabei um einen unserem Berufe verwandten Zweig ärztlicher Fürsorge, die darum jedem Irrenarzt sympathisch erscheinen wird. Wir werden uns dieser Aufgabe mit um so größerer Liebe und Begeisterung widmen, als wir damit eine allgemeine Menschheitspflicht und zugleich eine schöne vaterländische Pflicht an armen verstümmelten Soldaten, die ihre gesunden Glieder auf dem Schlachtfelde für uns eingesetzt haben, erfüllen können.

Neuere Arbeiten über Tetanus.

Sammelreferat von Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

21. Über Tetanus. Von Oberarzt d. Res. Dr. L. Arzt. Aus dem k. u. k. Militär-Epidemiespital Nr. 1 in Krakau. Übersichtsreferat, im Auftrag erstattet im wissenschaftlichen Verein der Militärärzte Krakaus am 28. November 1914. Wien. klin. Wochenschr. vom 24. Dezember 1914.

Das Krankheitsbild des Tetanus hat schon Hippokrates gekannt. Carle und Rattone erzeugten Tetanus experimentell durch Injektion des aus einer tetanusinfizierten Wunde gewonnenen Gewebssafts in den Ischiadikus. Ähnliche Resultate erzielte Nikolaier in Göttingen unter Flügge durch Verimpfung von Gartenerde.[1]) Er erkannte als wahrscheinlichen Erreger der Krankheit einen feinen schlanken Bazillus. Unter Leitung R. Kochs gelang Kitasato 1889 die Reinzüchtung des Tetanusbazillus und das positive Tierexperiment mit der Reinkultur.

Der Bazillus ist ein 2 bis 4 μ langes, 0,3 bis 0,5 μ breites Stäbchen mit leicht abgerundeten Enden und mit Eigenbewegung; letztere läßt sich besonders in sauerstoffreien oder -armen, auf Körpertemperatur erwärmten Flüssigkeiten feststellen. Auf Kulturen bildet er häufig Fäden. Seine Sporen finden sich besonders zahlreich in alten Kulturen und im Darmkanal der pflanzenfressenden Haustiere. Durch die endständigen Sporen gewinnt der Bazillus die bekannte trommelschlegelartige Form. Nach Bildung dieser Sporen löst sich der Rest des Bazillenkörpers auf. Bei Beginn ihres Auftretens sind die Sporen mit verdünntem Karbolfuchsin färbbar, nach ihrer vollständigen Entwicklung aber nur nach besonderen Färbemethoden; für die Darstellung der — peritrich angeordneten — Geißeln empfiehlt sich die Zettnowsche Methode. Die Züchtung des Tetanusbazillus ist eine anaërobe; welches anaërobe Verfahren dabei angewandt wird, ist weniger belangreich. Der Tetanusbazillus ist in der Bazillenform nicht besonders widerstandsfähig, dagegen findet bekanntlich die Spore wegen ihrer Widerstandsfähigkeit seit langem Verwendung als Prüfstein für die Leistungsfähigkeit von Desinfizienzien und Desinfektionsmethoden. Sonnenlicht wirkt verhältnismäßig stark schädigend auf die Tetanussporen (Vaillard und Vinzent). Mit keimfreien Filtraten von Bouillonkulturen, und zwar außerordentlich kleinen Mengen, gelingt es beim Tier, einen typischen Starrkrampf zu erzeugen. Tödliche Dosis des Tetanustoxins bei: Maus 1 g, Pferd 12 g, Meerschweinchen 6 g, Ziege 2 g, Kaninchen



1,5 g, Gans $^{1}/_{1000}$ g, Taube $^{1}/_{4000}$ g, Huhn $^{1}/_{30000}$ g. Der Differenzwert des Giftes ist der Unterschied zwischen der tödlichen und der krankmachenden Dosis; er veranschaulicht zugleich die Empfänglichkeitsbreite einer bestimmten Tierart. Nach Durchschneidung des Nerven oder durch Anwendung von Curare oder Chloroform sistiert der Tetanus des betreffenden Gliedes. Hinsichtlich der Fortleitung des Giftes bestehen zwei Ansichten. Nach der einen (Zupnik) gelangt das Gift zum Rückenmark durch die Blutbahn und bewirkt dort einen erhöhten Reizzustand des Rückenmarks, während die Starre der Muskeln selbst Folge einer direkten Vergiftung sei. Beweis: Lokaler Tetanus tritt bei kleineren Tieren nach Injektion in muskelfreies Gewebe, wie am Sprunggelenk, nicht auf.

Die andere Ansicht wird besonders von Meyer und Ransom vertreten. Sie injizierten Meerschweinchen Tetanustoxin unter die Schenkelhaut und verimpften in verschiedenen Zeitintervallen Gehirn, Rückenmark, den Nervus ischiadicus und Blut auf weiße Mäuse. Nur bei Verimpfung der beiden letzten, und zwar wieder nur, wenn der Nervus ischiadicus der geimpften Seite entstammte, entstand Tetanus. Letzterer ließ sich aber paralysieren durch Injektion kleiner, unter dem Verhältnis zur verimpften Giftmenge stehenden Antitoxindosen in den Nerven, und zwar auch dann, wenn das Gift intravenös und nicht subkutan einverleibt worden war. Die Injektion des Giftes in die hinteren Wurzeln bewirkte dagegen keine tetanischen Symptome, sondern nur einen „Tetanus dolorosus", das sind heftige Schmerzanfälle in dem dem affizierten Rückenmarksabschnitt entsprechenden Körperteile. Dadurch ist also der Zusammenhang des Giftes mit motorischen Elementen nachgewiesen; die sensiblen Nerven hingegen setzen dem Fortschreiten des Giftes einen Widerstand entgegen wegen der Einschaltung des Spinalganglions. Das Tetanustoxin wird vom motorischen Endapparat aufgenommen und auf dem Wege der Achsenzylinder zentripetal fortgeleitet; es gelangt zu den Ganglien der Impfseite, später zu den der gegenüberliegenden Seite, ruft Übererregbarkeit und dann Starre der Muskeln hervor. Weiterhin werden die sensiblen Apparate alteriert und es entsteht der allgemeine Starrkrampf. Der Vorgang ist der gleiche bei Einverleibung des Giftes in die Blutbahn. — Das Gehirn verschiedener Tierarten besitzt eine das Tetanustoxin neutralisierende Wirkung (v. Wassermann und Takaki). Letztere bleibt aber aus bei getrennter Injektion von Gift und Gehirnbrei, ferner auch wenn statt des Gehirnbreies Filtrate verwendet werden. Ehrlich nimmt an, daß in dem Tetanusgift zweierlei Toxine enthalten sind, ein — krampferzeugendes — Tetanospasmin und ein — blutkörperchenlösendes — Tetanolysin. Letzteres wiederum läßt sich trennen in ein Prototoxin, Deuterotoxin, Tritoxin und in Toxone. — A. bespricht dann kurz die bekannten klinischen Symptome des Tetanus, den „Risus sardonicus", d. i. der tonische Krampf in den Gesichtsmuskeln, den Trismus, den Opisthotonus, den Orthotonus (Bauchmuskeln), den Emprosthotonus (Rumpf und Extremitäten), die Krämpfe der Atemmuskeln, die Steigerung der Reflexe, die Anfälle, die Schlaflosigkeit, die starke Schweißsekretion usf.

Bezüglich der Herstellung des Tetanusantitoxins bestehen in Deutschland (königl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.) und in Österreich (k. k. serotherapeutisches Institut in Wien) staatliche Prüfungsstellen und strenge Prüfungsmethoden.

Von der prophylaktischen Anwendung des Tetanusantitoxins hat man in der französischen Kolonialarmee gute Erfolge gehabt. Nach A. genügen dazu subkutane Injektionen von 20 Antitoxineinheiten.

Vom Kriegsbeginn bis 15. November kamen in den Militärsanitätsanstalten Krakaus unter zirka 26 600 Verwundeten nur 65 Tetanusfälle zur Beobachtung; 54 starben, 11 genasen; 57 waren mit Serum behandelt worden. Häufigkeit der Tetanusfälle 0,24%, Mortalität 83%. Von den 54 Gestorbenen waren 46 mit Serum, 8 nicht mit Serum behandelt; die 11 Genesenen waren sämtlich mit Serum behandelt. Die Inkubationszeit war bei den Geheilten eine ziemlich lange; fast ausschließlich handelte es sich um Verletzungen der Extremitäten, nur einmal um je eine solche der Schulter und des Gesäßes. In einzelnen Fällen wurden ganz außerordentlich große Serummengen bis 540 ccm verabreicht. Die Angabe des Serums in Kubikzentimetern ist kein scharf umschriebener Begriff. Auch durch die Angabe der Antitoxineinheiten kommt die Heilkraft des Serums nicht zum Ausdruck, da nach Ansicht mancher Autoren die Zunahme an Antitoxineinheiten mit dem therapeutischen Heilwert des Serums nicht parallel läuft. Um einen Erfolg zu erzielen, ist möglichst sofortige Anwendung großer Serummengen nötig. Karbolsäure und Magnesium sulfuricum wurden nur einige Male versuchsweise angewendet. — In einem Falle, wo die Exartikulation eines Fingers wegen einer stark eiternden Wunde ausgeführt worden war, traten sechs Tage später Tetanussymptome auf und nach zwei weiteren Tagen erfolgte der Tod.

22. Debenghel (Kriegsärztliche Abende in Namur, 7. und 21. November 1914, Deutsch. med. Wochenschr. vom 17. Dezember 1914 S. 2116) berichtet über 27 Fälle von Tetanus im Festungslazarett Namur. In einem dieser Fälle war eine äußere Verletzung nicht nachzuweisen, doch hatte der Pat. sehr schlechte Zähne und viele kariöse Wurzelstöcke. Von diesen 27 starben 23, genasen 4. Behandlung: Bei der Aufnahme sofortige Injektion von je 10 Antitoxineinheiten subkutan und intradural, alle zwei Tage, in einigen Fällen täglich wiederholt; außerdem große Dosen Morphium und Chloral.

23. Richter (ebenda): Ein 24 jähriger Kavallerist war zehn Tage vor Aufnahme an „rheumatischen Beschwerden" erkrankt; es entwickelte sich Tetanus, Dysphagie, tonische Muskelkrämpfe mit Exazerbationen. 900 Antitoxineinheiten Ehrlichschen Serums, meist intralumbal innerhalb von neun Tagen. Am 22. Krankheitstage Besserung, so daß Pat. herumgehen konnte. Mutmaßliche Eingangspforte das in defektem Zustand befindliche Zahnfleisch; keine Verwundung!

24. Stabsveterinär Heuß (a. a. O.) bemerkte in der Diskussion zu dem Vortrag von Hufnagel: Prophylaktische Tetanusimpfungen (D. m. W. 1914 S. 2102), daß in Paderborn, wo der Tetanus bei den Pferden endemisch war, bei den geimpften Pferden der Offiziere der Offizierreitschule seit dem Tag der Impfung kein Tetanus mehr auftrat, dagegen von den nicht geimpften Pferden des Husarenregiments ziemlich viele an Tetanus erkrankten. Auch z. B. in Frankfurt a. M. ist der dort nahezu endemisch gewesene Tetanus nach Einführung der Schutzimpfung fast völlig verschwunden.

25. Die kombinierte Antitoxinüberschwemmungs- und Narkosetherapie des Tetanus. Von Dr. Georg L. Dreyfus und Dr. Waldemar Unger. Aus der Med. Klinik der Universität Frankfurt a. M. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 22. Dezember 1914.

Zunächst Wundbehandlung: Gründliche Entfernung aller nekrotischen Gewebsfetzen, Knochensplitter, etwaiger Fremdkörperreste, Spaltung verborgener Buchten, gründliche Durchspülung mit Wasserstoffsuperoxydlösung, dann zur weiteren Reinigung zuerst warme Dauerbäder etwa verletzter Extremitäten oder gleich Austamponieren mit in Antitoxin getränkten Streifen (je nach Wundgröße 10 bis 50 A. E.) eventuell auch noch Umspritzung der Wundgegend mit 50 A. E. Hierauf intralumbale Injektion von 100 A. E. und intravenöse von 100 bis 300 A. E.; schließlich endoneurale Einspritzung von 100 A. E. (meist Plexus brachialis unterhalb der Klavikula, Nervus ischiadicus in der Gesäßfalte und Nervus femoralis in der Leistenbeuge). Diese Injektionen werden sofort nach Erkennung der Krankheit gemacht; also 400 bis 600 A. E. einverleibt. Bei schweren Fällen werden täglich — zum mindesten intralumbal und intravenös — weiter 200 bis 500 A. E. pro die gegeben, „bis wir den deutlichen Eindruck haben, daß die Schwere der Krankheit gebrochen ist." Auch später, bei jedem vereinzelten Aufflackern tetanischer Symptome, wird aufs neue Antitoxin, hauptsächlich intralumbal und intravenös, injiziert. In schweren Fällen wurde bis zu 12 Tagen hintereinander Antitoxin gegeben; höchste Gesamtdosis 3800 A. E. In leichteren Fällen nach der ersten größeren Serumgabe einen um den anderen Tag je 100 Einheiten, abwechselnd intralumbal und intravenös. Nebenwirkung dieser „Überschwemmungstherapie": fast regelmäßig sofortiger, manchmal hochgradiger Temperaturanstieg, auch bei fieberlosen Fällen. In 2 Fällen anaphylaktischer Schock, nicht sehr bedrohlich und schnell vorübergehend; beide Fälle erhielten später wieder Antitoxin, ohne daß ein Schock eintrat. Einmal Durchfälle und Erbrechen, aufhörend nach Aussetzen des Serums. Mehrfach schnell vorübergehende urtikariaartige Exantheme..

Daneben energische narkotische Therapie. Benutzt wurde außer Morphium und Choralhydrat mit Erfolg Luminal (1 bis 2 ccm einer 20%igen wäßrigen Luminalnatriumlösung subkutan gleich 0,2 bis 0,4 Luminalnatrium), dieses in letzter Zeit ausschließlich an Stelle des Chlorals; es hat sich besonders in Kombination mit Morphium und Magnesium sulfuricum dauernd bewährt.

Magnesium sulfuricum wurde sowohl intralumbal, als auch — anfänglich in sehr großen Dosen — intramuskulär gegeben. Von den großen intramuskulären Dosen ist man zurückgekommen wegen mehrfach beobachteter sehr bedrohlicher Nebenwirkung auf Herz und Atmung. Man erreicht auch mit kleinen Dosen (5,0 in 25%iger Lösung, ein- bis zweimal, höchstens dreimal täglich intramuskulär) Beruhigung und ein wesentliches Zurückgehen der Krämpfe.

Die endolumbale Verabreichung des Magnesium sulfuricum (8 bis 10 ccm einer 15%igen Lösung) ist außerordentlich gefährlich. D. und U. wenden diese Methode „nur in den äußerst seltenen Fällen an, bei welchen die anderen narkotischen Möglichkeiten versagen und Zahl und Intensität der Krämpfe unmittelbar lebensbedrohend erscheinen."

Inhalationsnarkosen: Nur zur Überwindung der

die Lumbalpunktion unmöglich machenden Rückenstarre; 10 bis 15 Minuten vor der Betäubung 0,02 Morphium subkutan, dann mittelst des Roth-Draegerschen Apparats ein Chloroform-Äthergemisch.

D. und U. empfehlen das Einschieben einer etwa 1 cm dicken Gummischeibe zwischen die Zähne zur Vermeidung der Zungenbisse bei den Krämpfen.

Von den 32 nach obigen Methoden behandelten Tetanuskranken sind 22 genesen. Bei den 10 Todesfällen handelte es sich durchweg um sehr schwere Fälle mit kurzer Inkubationszeit, meist 6 bis 7, nur je einmal 8, 9 und 11 Tage. 2 dieser 10 Fälle stammten aus der ersten Zeit, wo man noch relativ geringe Antitoxinmengen gab: 200 bezw. 300 A. E. im ganzen. Von den übrigen 8 Todesfällen waren 5 ganz foudroyant; der Tod erfolgte zwei bis vier Tage nach Beginn der Erscheinungen; wahrscheinlich war hier schon beim Ausbruch der Erkrankung die tödliche Dosis des Toxins im Nervensystem gebunden; zwei Patienten, die sich schon auf dem Wege der Besserung befanden, starben an komplizierender doppelseitiger Bronchopneumonie am zehnten Tage bezw. an Atemkrampf; der letzte Todesfall endlich war erst am achten Krankheitstage in Behandlung gekommen.

26. Experimentelle Untersuchung über Wesen und Aussicht der Tetanus-Therapie mit Magnesiumsulfat. Von Walther Straub in Freiburg i. Br. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 5. Januar 1915.

Die „Magnesiumnarkose" ist keine Narkose, sondern eine Lähmung der motorischen Nervenendplatte der Skelettmuskulatur. Wie bei der Kurarinwirkung werden das Zwerchfell und die Interkostalmuskeln am spätesten gelähmt. Mit wachsende Magnesiumwirkung verringert sich bei Kaninchen und Katze die elektrische Reizbarkeit am freigelegten Nervus ischiadicus bis zum Verschwinden der Zuckung der Musculus gastroknemius, welcher selbst normale Reaktion (bei direkter Reizung) zeigt. Die Bahnen des Rückenmarks sind bei der „Magnesiumnarkose" leitfähig. Bei demjenigen Grade tiefer Magnesiumwirkung, wo gerade noch die Atemmuskeln vom Gifte verschont sind, bedingt Reizung des Ischiadikus die bekannte Atembeschleunigung, Anblasen des Tieres löst auf jeder Querschnittshöhe, auch am Kopfe, Atemreflexe aus. Die — therapeutisch interessierende — Magnesiumwirkung ist keine zentrale, sondern eine periphere, obwohl das zentrale Nervensystem nicht unangreifbar ist.

Nach intravenöser Injektion von Chlorkalzium kommen die Gastroknemiuszuckungen auf Ischiadikusreizung sehr rasch wieder; noch intensiver ist die Kalziumwirkung auf die Atemmuskeln. „Es lassen sich Kalziumdosen finden, die nur den Atmungsumfang, nicht aber den Effekt am Gastroknemius wieder völlig normal werden lassen." Bei tetanustoxinvergifteten Ratten verschwinden die Krämpfe des Gastroknemius nach subkutaner Injektion von Magnesiumsulfat; sie treten nach zirka einer halben Stunde von selbst wieder auf, eine subkutane Kalziuminjektion beschleunigt den Wiedereintritt des Tetanuszustandes. Als ziemlich lange dauernde Nachwirkung des Magnesiumsulfats läßt sich eine Abschwächung der Zuckungshöhen des Muskels auf nervöse Einzelreize nachweisen. Magnesiumsulfat (intravenös) setzt den Blutdruck herab ohne wesentliche Verlangsamung der *Puls*frequenz, schon in einem Stadium, wo die Blockierung der motorischen Nervenenden noch keine maximale ist; der Blutdruck ist jedoch bei voller therapeutischer Wirkung noch nicht abnorm tief. Der Herztod tritt erst ein nach vollständiger Atemlähmung. Die Kreislaufschädigung seitens Magnesium wird durch Kalzium nicht gebessert. Das Magnesiumsulfat wird bei subkutaner Einverleibung rasch resorbiert und rasch ausgeschieden; die jeweils erreichte Tiefe der Magnesiumwirkung ist direkt proportional der Konzentration, in der das Salz im Blut kreist und die motorischen Nervenenden umspült. (Bestätigung durch chemische Messung der Ausscheidungsgeschwindigkeit des Magnesium im Harn im Vergleich zur Dauer der Wirkung). Die Resorptionsgeschwindigkeit ist bei subkutaner Einverleibung sehr inkonstant, besonders bei den unvermeidlich hohen Konzentrationen der Lösung. Die subkutane Injektion einmaliger großer Dosen von Magnesiumsulfat beim Tetanus ist ziemlich unzulänglich; sie ist beim schweren Kriegstetanus von zu geringer Dauer, eignet sich aber zur Behandlung leichter, chronisch gewordener Fälle. Gleichzeitig gegebene Narkotika dämpfen im Rückenmark die Entstehung der Krämpfe; dabei Vermeidung des ebenfalls den Blutdruck herabsetzenden Chloralhydrats; statt dessen eines der Mittel des Veronaltypus, insbesondere das subkutan beibringbare Luminalnatrium. Intravenöse Infusion: Mit 3%iger Lösung von Magnesiumsulfat in physiologischer Kochsalzlösung gelang es Straub, mehrere Stunden lang eine Magnesiumwirkung an den motorischen Enden zu unterhalten, welche der Geschwindigkeit des Einfließens der Magnesiumlösung proportional war, und alle gewünschten Grade des Blockes an den motorischen Enden allein durch die Variation der Einfließgeschwindigkeit zu erzielen und zu unterhalten bei ausreichender Atmung und nur unwesent-



lich gesunkenem Blutdruck. Wurde der Einfluß in die Vene abgestellt, so war der alte Zustand in wenigen Minuten wieder da; bei noch größerer Eile konnte im Tierversuch durch 2 ccm Chlorkalziumlösung (5%), direkt in der zur Vene führenden Schlauch injiziert, die Magnesiumwirkung „mit einem Schlage" aufgehoben werden. Diese Gegenwirkung des Kalziums dauert nur kurze Zeit; neu zufließendes Magnesium bewirkt bald wieder Blockierung des zugeordneten peripheren Abschnitts (wechselseitige Verdrängung von Magnesium und Kalzium). Straub hält die 3%ige Magnesiumsulfatlösung als auch für den Menschen brauchbar. Er verwandte als Magnesiumlösung:

Magnesium sulfuricum crystallisatum 30,0,
Kochsalz 6,0,
Wasser 1000,0.

Im Notfall langsame Injektion von 5%iger Chlorkalziumlösung in den zur Vene führenden Schlauch; diese Injektion steht einer folgenden neuen Magnesiuminjektion und -wirkung nicht im Wege. Es ist auf die Atmung zu achten.

Hiernach empfiehlt Straub praktische Versuche in den Kriegslazaretten.

Was die intralumbale Injektion anlangt, so kommt in Betracht, daß die Häute des Rückenmarks anscheinend für Magnesiumsulfat undurchgängig sind. Doch scheint die Wirkung der einmaligen Dosis tagelang anzuhalten; es schwindet außerordentlich langsam aus dem Lumbalraum. Es handelt sich vielleicht um Lähmung der intralumbalen Nervenstämme. Die intralumbale Dosierung ist unsicher. Die Gegenwirkung durch Kalzium ist sehr unwahrscheinlich.

Straub mißt der intravenösen Infusion des Magnesiumsulfats große Bedeutung bei; sie kann den Erschöpfungstod (durch Krämpfe) verhindern. Daneben wird Morphium oder Morphium + Skopolamin empfohlen.

Mitteilungen.

— **21. Jahres-Bericht** (Rechnungsjahr 1913) **der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg** (Schlesien) (Direktor Sanitätsrat Dr. Buttenberg). Nach Mitteilung baulicher Neuerungen (Anbau an das Küchengebäude usw.), der Erweiterung des landwirtschaftlichen Besitzes in Polsnitz auf 500 Morgen Acker und der Statistik über die Krankenbewegung wird über folgende chronischen Fälle berichtet:

1. Der Zimmermann H., wegen Diebstahl, Betteln, Sachbeschädigung, Urkundenfälschung 21 mal vorbebestraft, war beschuldigt, im Gerichtsgefängnis zu Schw., wo er eine zweijährige Gefängnisstrafe wegen falscher Anschuldigung und Beleidigung verbüßte, einem Gefangenenaufseher Widerstand geleistet und ihn und die zu seiner Unterstützung zugezogenen Personen tätlich angegriffen zu haben. Der Gefängnisarzt äußerte den Verdacht, daß die Erregungszustände, die den Konflikt mit der Umgebung ausgelöst hatten, auf krankhafter Grundlage beruhen möchten, weshalb die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt angeordnet wurde.

In der Anstalt konnten bei den 64 jährigen, körperlich schon ziemlich dekrepiden (doppelseitiger Leistenbruch, chronischer Bronchialkatarrh, Arteriosklerose, rheumatische Beschwerden), geistig aber noch sehr regen Manne keine Störungen der Intelligenz, überhaupt keine Anzeichen einer Geisteskrankheit festgestellt werden, sondern eine leicht erregbare Gemütsverfassung, eine Erscheinung, die übrigens während seines Anstaltsaufenthaltes so gut wie gar nicht wirksam wurde, sehr wohl aber unter dem strafferen geordneten Strafvollzug zur Explosion führen mußte, zumal wenn man bedenkt, daß der Mann mit geringen Unterbrechungen jahrelang sich in Gefängnissen und Strafanstalten aufgehalten hat. Die gesteigerte Reizbarkeit seines Nervensystems, wenn sie auch nicht die Voraussetzungen des § 51 StGB. bedingen konnte, fand in der Hauptverhandlung Berücksichtigung.

2. Der Maurergeselle H. aus W., geboren 1882, war der Körperverletzung und Bedrohung beschuldigt. Er erschien eines Morgens plötzlich in der Wohnung seines Vaters zu W., verlangte Geld von ihm, schimpfte, tobte und wurde gegen ihn in schwerer Weise gewalttätig. Auch drohte er, das Wohnhaus des Vaters in Brand zu setzen. Er wurde dem Untersuchungsgefängnis zu Schw. überwiesen und machte schon bei der Festnahme den Eindruck eines geistig nicht normalen Menschen, ein Verdacht, der im weiteren Verlaufe auch vom Untersuchungsrichter und vom Gefängnisarzt geäußert wurde.

In der Anstalt, in die er zwecks Beobachtung überwiesen wurde, konnte eine in aufsteigender Entwicklung begriffene halluzinatorische Geistesstörung mit Gehörssinnestäuschungen und entsprechenden Verfolgungsideen festgestellt werden. Diese Störung bestand ohne Zweifel auch schon zur Zeit der in Betracht kommenden Straftaten, wodurch die Voraussetzungen des § 51 StGB. gegeben waren. Das Verfahren wurde eingestellt. H. wurde später auf dem Wege der öffentlichen Armenpflege der Freiburger Anstalt wieder überwiesen.

3. Der Arbeiter T. aus Neu-H., geb. 1894, war beschuldigt, in drei Fällen an der minderjährigen O. sich sittlich vergangen zu haben, indem er sie zu Boden warf und ihr unter die Röcke griff und sich an den Geschlechtsteilen zu schaffen machte. Der Angeklagte, der Stotterer ist, gab zu seiner Entschuldigung an, daß er von der O. wegen seines Sprachfehlers beschimpft worden ist. Wegen eines ähnlichen Vergehens schwebte bereits Anfang 1913 ein Verfahren gegen ihn; er wurde damals durch die Strafkammer in G. zu 7 Monaten Ge-



fängnis verurteilt. Indessen wurde ihm mit Rücksicht auf die Bekundung des Kreisarztes, daß er ein geistig minderwertiger Mensch sei und die Straftat weniger aus Verdorbenheit als wegen seiner geistigen Schwäche begangen hatte, Strafaufschub zugebilligt.

Im Hinblick auf die Vorgänge wurde auch bei der gegenwärtigen Straftat seine Geistesverfassung durch den Kreisarzt einer Prüfung unterzogen. Letzterer kam zu dem Ergebnis, daß der Angeschuldigte wohl die Einsicht in die Strafbarkeit seiner Handlungsweise, nicht aber die Willenskraft besitze, um den notwendigen Widerstand zu leisten. Ob dieser auf geistiger Schwäche beruhende Defekt die Voraussetzungen des § 51 bedinge, könne nur durch längere Beobachtung entschieden werden.

Die Beobachtung ergab, daß T. schwachsinnig ist, allerdings nicht in dem Grade, daß dauernd eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. vorliegt; wohl aber bedingten die näheren Umstände eine vorübergehende, den Anforderungen des § 51 genügende Störung der Geistestätigkeit. Weiteres ist über den Fall nicht bekannt geworden, anscheinend ist das Verfahren, daß sich noch im Stadium der Voruntersuchung befand, eingestellt worden.

4. Der Klempner R. aus G. war beschuldigt, in einer Nacht im November 1912 ruhestörenden Lärm verübt und den Nachtwachtbeamten durch Schimpfworte beleidigt zu haben. In der Hauptverhandlung vor dem Schöffengericht zu G. wurde auf Antrag des Sachverständigen, Sanitätsrat Dr. M., der die Möglichkeit eines epileptischen Äquivalents bezw. Dämmerzustandes für vorliegend erachtete, der Angeklagte einer öffentlichen Anstalt zur Beobachtung überwiesen.

In der Anstalt konnten in keiner Weise Anzeichen für Epilepsie nach irgendeiner Richtung hin festgestellt werden. Dagegen bestand eine durch äußere Umstände in den letzten Jahren wohl erheblich gesteigerte Neurasthenie, die für den vorliegenden Fall die Möglichkeit einer vorübergehenden krankhaften Störung im Sinne des § 51 nicht ausgeschlossen erscheinen ließ. Der Gerichtshof schloß sich dem in diesem Sinne mündlich erstatteten Gutachten an. Für eine andere, unabhängig davon zur Verhandlung gekommene Strafsache wurde von dem Anstaltsarzte das Vorliegen einer krankhaften Störung im Sinne des § 51 StGB. nicht angenommen.

5. Bei dem noch im Laufe des vorigen Berichtsjahres zur Beobachtung überwiesenen Heilgehilfen N. aus F., dessen Beobachtung erst im gegenwärtigen zum Abschluß kam, handelte es sich um Entscheidung der Frage, ob der Angeklagte sich zur Zeit seiner zur Verhandlung stehenden strafbaren Handlungen — Körperverletzung und Beleidigung bezw. Diebstahl — in einem epileptischen Dämmerzustande befunden hat. Diese Frage war aufgeworfen worden, weil N. als Soldat mehrfach — von sachverständiger Seite nicht beobachtete — Anfälle gehabt hat, die übrigens schon damals als simuliert angesehen wurden. Auch in der Anstalt wurden Anzeichen echter Epilepsie nicht beobachtet. Ein „Anfall" machte so deutlich den Eindruck des Markierten, daß er als echter Anfall nicht in Betracht kommen konnte. Augenscheinlich war der Angeklagte durch seine Tätigkeit als Heilgehilfe und früherer Krankenwärter mit gewissen einschlägigen Verhältnissen nach dieser Richtung hin vertraut. Immerhin wurde bezüglich der einen Straftat — Körperverletzung und Beleidigung — die Möglichkeit, daß der Angeklagte im Zustand sinnloser Trunkenheit gehandelt habe, als vorliegend anerkannt. Gerade bezüglich dieser Straftat ist es zu einer Hauptverhandlung bisher nicht gekommen.

Auch in diesem Jahre erkrankte wiederum eine Pflegerin an Typhus. Trotzdem alle Personen, die als Infektionsquelle in Betracht kommen konnten, wiederholt auf Typhusbazillen untersucht wurden, konnte auch diesmal nicht festgestellt werden, von wo die Ansteckung, der übrigens keine weiteren Fälle folgten, herrührte. Der durch Sektion gewonnene Gallenblaseninhalt zweier als Ansteckungsquelle in Verdacht stehender Frauen wurde untersucht; jedoch ebenfalls mit negativem Resultat. Beide Kranke hatten nach Widal positiv reagiert, die eine war mit einem chronischen Darmkatarrhe zur Aufnahme gekommen, kurz bevor der erste Typhusfall aufgetreten war, die andere war eine schon mehrjährige Anstaltsinsassin, litt wiederholt an Gallensteinkoliken und starb schließlich an Cholecystitis. Vielleicht ist dennoch trotz des negativen Ausfalles der Untersuchung von einer der beiden Kranken die Infektion ausgegangen, da weitere Fälle von Typhus später nicht mehr vorgekommen sind.

— **Das neue Pflegeheim für Geistesschwache in Vorwerk bei Lübeck.** Für den Vormittag des 6. Dezember 1914 hatte der Vorstand des Vereins für Geistesschwache zu einer Besichtigung des in Vorwerk errichteten Neubaues des Erziehungs- und Pflegeheims für Geistesschwache eingeladen. Bürgermeister Dr. Eschenburg und zahlreiche Mitglieder des Senats und der Bürgerschaft hatten sich eingefunden. Das Haus, das von den hiesigen Architekten Schöß & Redelstorff geschaffen wurde, ist ein großer Bau mit breiter Front, der mit Rücksicht auf den Zweck wie auf die vorhandenen Mittel einfach und schmucklos gehalten ist, aber mit seiner nach bewährten Mustern entworfenen Rohbaufassade, dem steilen Dach und in seiner ganzen Gliederung einen freundlichen und geschmackvollen Eindruck macht. Der Grundriß ist aufs sorgfältigste und zweckentsprechendste durchgebildet.

Bürgermeister a. D. Dr. Langenheim begrüßte in Vertretung des Vereinsvorstandes an Stelle des verhinderten Herrn Hauptpastors Reimpell die erschienenen Besucher und gab auf einem Rundgang durch die zahlreichen Räume Erläuterungen. Er erwähnte kurz die Vorgeschichte des Baues. Er hat den Mißstand beseitigt, daß für die geistesschwachen Pfleglinge im Laufe der Zeit nicht weniger als vier Unterkunftsstellen gebraucht wurden. Der gewählte Bauplatz in Vorwerk erwies sich als besonders geeignet, da hier Obstplantagen vorhanden sind, und es dadurch möglich ist, die



begabteren Zöglinge mit Gartenarbeiten zu beschäftigen, was von allen Sachverständigen für die heilsamste Art der Beschäftigung gehalten wird. Zugleich kann so für den Verein eine Einnahmequelle eröffnet werden. Der ursprünglich durch eine Gabe von 30 000 M geschaffene Baufonds, der durch Zinseszins seit 1906 vergrößert wurde, reichte freilich bei weitem nicht hin, die Neubaukosten zu decken, obwohl von vornherein die Absicht bestand, sich auf das Notwendige zu beschränken, und obwohl kein neues Inventar angeschafft zu werden brauchte. Durch das für die ersten sechs Jahre zinsfrei von Senat und Bürgerschaft gewährte Darlehen von 80 000 M wurde der Bau ermöglicht, der mit den Erwerbskosten des Grundes und Bodens die Summe von zirka 125 000 M erforderte. Herr Dr. Langenheim dankte namens des Vereins für diese Gewährung, er dankte auch den übrigen zahlreichen Helfern und Gebern, Vereinen, Privaten, Beamten und Behörden, die sich um das Zustandekommen des Baues verdient gemacht haben.

Bei dem Rundgang überzeugten sich die Besucher von der ausgezeichnet zweckmäßigen Anlage der zahlreichen Innenräume. Sie sind für etwa 60 Pfleglinge in Aussicht genommen, deren Förderung — bei den geistig Höherstehenden, die einen eigentlichen Schulunterricht genießen können — bis zur Konfirmation erstrebt wird. Ein Teil von ihnen wird als Pensionäre aufgenommen werden können, zurzeit hat der Verein 45 Zöglinge in seiner Fürsorge. Die Räume in den Geschossen, in den vortrefflich ausgenutzten Keller- und Dachräumen, sind sehr hell, luftig, freundlich und praktisch angelegt, je nach den Zwecken, denen sie dienen: als Schlafräume, Wohnräume, Schulzimmer, Speisesaal, Arztzimmer usw., in guter Weise ist auch für Bade- und Wascheinrichtungen gesorgt. Das Haus hat Zentralheizung, Warmwasserversorgung, Gasbeleuchtung, im übrigen ist naturgemäß jeder Luxus vermieden.

Es ist zu erwarten, daß dieses schön gelegene Heim in segensreicher Weise seinen edlen Zwecken dienen wird. (Lübecker Generalanzeiger, Lübeck.)

— **Über den sogenannten Nervenschock nach Granat- und Schrapnellexplosionen.** Von Prof. Dr. A. v. Sarbó, leitendem Direktor des Kriegsspitals Váci út in Budapest. Wien. klin. Wochenschrift Nr. 4 vom 28. Januar 1915.

Der durch Geschoßexplosionen hervorgerufene mächtige Luftdruck kann, ohne äußerliche Verletzung, zu tödlicher Gehirnblutung führen. Der Getroffene sinkt plötzlich um. Bei der Eröffnung des Schädels findet man das Schädelinnere mit Blut vollgefüllt.

Von diesem Fall bis zum einfachen Augenblickswanken gibt es eine unberechenbare Zahl von Abstufungen der Schockwirkung.

v. Sarbó schildert zwei klinisch gut umschriebene Bilder der Explosionsnervenerschütterung.

1. Der Betroffene stürzt infolge einer Geschoßexplosion bewußtlos zusammen; er bemerkt beim Erwachen, daß er schlecht oder gar nicht hört, hat Ohrensausen, empfindet Schwindel; in einzelnen Fällen außerdem unregelmäßige, behende, aussetzende Herzaktion, doppelseitige Rekurrenslähmung und dieser entsprechend Aphonie. v. Sarbó nimmt Schädigung der entsprechenden Nervenkerne im verlängerten Mark an. Infolge des gesteigerten Luftdruckes gelangt das Gehirn plötzlich unter großen Druck und wird in das Foramen magnum gedrängt (Kochersche Hypothese); dadurch wird das verlängerte Mark eingekeilt, der Liquor cerebrospinalis gelangt unter erhöhten Druck (Gussenbauer-Duretsche Kommotion), besonders im vierten Ventrikel, wo die Kerne des 8. und 10. Hirnnervenpaares am meisten leiden. — In beiden beobachteten Fällen wurde von Anfang an über Schmerzhaftigkeit des Nackens geklagt; Ursache: wahrscheinlich Zerrung der Dura dieser Gegend beim Einpressen der Medulla oblongata ins Foramen magnum. — In einem dieser beiden Fälle Herpes Zoster am Kukullaris, was auf Beteiligung des Ganglion intervertebrale hinweist. — Prognose gut.

2. Bewußtloses Zusammenstürzen; die Bewußtlosigkeit dauert längere oder kürzere Zeit. Der Kranke besinnt sich nur dessen, was vor der Explosion stattgefunden hat. Seine Sprache ist verändert; es fehlen ihm einzelne Ausdrücke, er spricht mühsamer und langsamer. Dazu halbseitige Lähmung. An den Muskeln, namentlich an der Stammuskulatur, unwillkürliche Zuckungen, die den ganzen Körper erbeben machen. Schlaf gestört; der Kranke träumt von den Gefechten, er fährt oft jäh im Schlafe auf. Kopfschmerzen, Kopfsausen, Schwindel. Im Anfang auch Erbrechen zerebralen Charakters und Bradykardie. Regide Lähmung der Extremitäten einer Seite, die so stark sein kann, daß die Sehnenreflexe überhaupt nicht auslösbar sind. Trotzdem ist weder Oppenheim- noch Babinski-Symptom vorhanden. Mäßiger Nystagmus beim Seitwärtsfixieren; eventuell Schielen — der sogenannte falsche Blick; keine direkte Augenmuskellähmung. Ferner kortikale Sensibilitätsstörung (distalswärts wachsende Störung der Empfindungen). Also alles in allem: kortikale Lähmung. Dazu Klopfempfindlichkeit des der Lähmung entgegengesetzten Scheitelbeines.

Nach des Verfassers Ansicht können in gewissen Fällen von Kommotionen des Nervensystems, welche durch den erhöhten Lufdruck bei Explosionen hervorgerufen werden, Läsionen entstehen, welche einerseits die molekulären Veränderungen übertreffen, andererseits die schweren organischen Veränderungen nicht erreichen. „Diese Läsionen beeinträchtigen die zytologische Struktur, den Zustand von Ganglienzelle und Faser derart, daß es zu Ausfallserscheinungen kommt, aber die Läsion führt nicht zur Degeneration von Nervensubstanz und daher kommt es nur zur äußeren Form einer organischen Lähmung, ohne daß die bekannten konkomitierenden Symptome dabei anzutreffen wären." Diese Läsionen bestehen wahrscheinlich in Kontusionen des Nervengewebes sowie in allerkleinsten Blutungen. v. Sarbó nennt sie mikroorganische Veränderungen. Solche nervöse Ausfallserscheinungen, welche die gangbaren Stigmata der organischen Erkrankung nicht aufweisen, dürfen nicht als hysteri-



sche Symptome aufgefaßt werden. Verf. fand in keinem der von ihm beobachteten 8 Fälle ein hysterisches Stigma. In allen war das der Lähmung entgegengesetzte Scheitelbein schon auf leises Beklopfen sehr empfindlich, was auf den Sitz der Läsion in den Gyri praecentrales hinweist. Dafür sprechen auch die im Anfangsstadium des Zustandsbildes zu beobachtenden Gehirnnervenlähmungen: Hypoglossus-, Fazialis-, Augenmuskellähmungen, und die kortikale Gefühlslähmung.

In einzelnen Fällen bestand nach der Erholung aus der Bewußtlosigkeit keine Lähmung, sondern nur Klagen über Schwindel und Kopfschmerzen, Bradykardie und der für überstandene Gehirnkommotionen charakteristische psychische Status: Störungen der Merkfähigkeit, plötziches Abreißen der Gedankenreihe, Vergeßlichkeit für Namen; auf emotionellem Gebiet äußerst gesteigerte Reflexerregbarkeit, Empfindlichkeit, weinerliche Stimmung usw.

In anderen Fällen bestanden schwere Symptome wochen- bis monatelang: epileptische Erscheinungen auf psychischem wie motorischem Gebiete, vasomotorische Störungen, Kongestionszustände, Spinalirritation.

Die Fälle leichterer Art können leicht versehentlich als Simulation, die schweren als Hysterie aufgefaßt werden.

In allen Fällen von Nervenschock durch Granat- und Schrapnellexplosionen handelt es sich nicht etwa um psychischen Schock, sondern nur um Luftdruckwirkung; die Leute erschrecken nicht vor der Explosion, sondern sie werden von ihr völlig überrascht und stürzen zusammen, ehe sie sich noch besinnen können, was mit ihnen geschieht.

Behandlung: Hydriatische Prozeduren, kalmierende Mittel, körperliche und geistige Ruhe. Bresler.

— **Über Kriegsverletzungen des peripheren und zentralen Nervensystems.** Von Professor Dr. Hermann Oppenheim in Berlin. Nach einem Vortrag an einem „Kriegsärztlichen Abend" am 19. Januar in Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung vom 15. Februar 1915.

Oppenheim ist Leiter des Nervenlazaretts in der Kunstgewerbeschule, das auf seine Anregung begründet und am 25. Oktober 1914 eröffnet worden ist. Bis 19. Januar wurden dort 214 nervenkranke Soldaten, außerdem noch ambulatorisch ca. 100 Offiziere und Mannschaften untersucht und behandelt. Am 19. Januar war der Bestand der stationären Abteilung 145 (4 Offiziere).

1. Kriegsverletzungen des Rückenmarks.

8 Fälle von Schußverletzung mit totaler Läsion des Rückenmarks in bestimmter Höhe; 6 starben, 4 mit Operation, 2 ohne Operation. Über den 7. und 8. wurde nichts weiter in Erfahrung gebracht.

8 Fälle von partieller und mit disseminierter Läsion des Rückenmarks. Die Prognose ist dabei verhältnismäßig günstig; alle Kranken haben ihre Gehfähigkeit wiedererlangt, bei 6 Fällen ist sie sogar befriedigend, bei einem darf man praktisch schon jetzt von Heilung sprechen. Die Krankengeschichten dieser 8 Fälle sind mitgeteilt. Die Kugel saß fast immer außerhalb des Wirbelkanals; in einigen Fällen soweit von der Wirbelsäule entfernt, daß man sich nicht recht vorstellen konnte, wie sie diese getroffen haben konnte. Trotz ausgezeichneter Röntgenaufnahmen wurden Veränderungen an der Wirbelsäule nicht gefunden. Die Kugel kann allerdings auch gewandert sein. Es hat ferner den Anschein, daß das Geschoß durch bloßen Anprall gegen den Wirbelknochen, von dem es zurückgeschleudert wird, Rückenmarksläsionen hervorrufen kann, endlich auch, daß die Gewalt des Schusses durch Fernwirkung das Rückenmark in Mitleidenschaft zu ziehen vermag.

Anatomisch handelt es sich um Hämatomyelie, Myelomalazie, Nekrose, Arachnitis circumscripta serofibrosa, disseminierte Myelitis und Myeloenzephalitis, welche letztere nahe Beziehungen zur multiplen Sklerose hat, die disseminierte Myelitis beruht auf versprengten Herden, die bei Schußverletzungen oft neben einem Hauptherd vorkommen.

Oppenheim bevorzugt in solchen Fällen die konservative Behandlung.

2. Schußverletzungen des peripheren Nervensystems.

Oppenheim beschränkt sich bei der Fülle des Materials auf die Verletzungen des N. ischiadicus und seiner Äste, wovon er mehr als 50 Fälle gesehen hat. 11 Fälle werden mitgeteilt. Die Ausfallserscheinungen treten dabei oft nur am Peroneus hervor; oft oder vielleicht noch häufiger waren nur oder ganz vorwiegend der N. tibialis oder gar nur die Plantaräste desselben befallen. — Die Läsionen der sensiblen Fasern traten in sehr hervorragendem Maße in Erscheinung, besonders bei den partiellen Lähmungen des N. ischiadicus standen Schmerzen und Parästhesien im Vordergrund. Daher schien das Krankheitsbild dem der Ischias- oder der idiopathischen Neuritis des N. ischiadicus zu gleichen. Bei diesen Fällen, auf welche Oppenheim besonders hinweist, kann das Fehlen des Fersenphänomens das einzige objektive Krankheitszeichen sein. Jedoch findet man bei genauerer Untersuchung Schwäche in dieser oder jener Muskelgruppe, besonders oft in den Muskeln der Fußsohle, mit partieller Entartungsreaktion. Anästhesie kann ganz fehlen, doch ist das Gefühl in der Fußsohle oder am Fußrücken meist abgestumpft. Die Haupterscheinungen sind die sensiblen Reizphänomene: die Schmerzen, die Parästhesie und die Hyperästhesie. „Monatelang bestehen die quälenden, durch kein Mittel zu stillenden Schmerzen. Jede Bewegung, jede Erregung steigert sie. Jedes Geräusch kann den Anfall auslösen. Besonders peinlich wird das Hören von Musik empfunden. Mehrere Kranke äußerten in derselben Weise: die Musik geht mir jedesmal in den Nerven (d. h. in den Ischiadikus) hinein." Die fast ebenso konstante Hyperästhesie der Fußsohle macht das Auftreten unmöglich. Durch leises Hinüberfahren mit der Hand über die Planta pedis wird ein heftiger Schmerz und ein entsprechend gesteigerter Reflex ausgelöst. Von manchen Kranken wird die Trockenheit der Haut besonders schmerzhaft empfunden, die Anfeuchtung als

mildernd. In einem Falle erstreckte sich die Hyperästhesie auch auf die Hände, so daß sie aus Angst vor dem Berührungsschmerz stets zur Faust geballt und wenn möglich stets feucht gehalten wurden. Dazu kommt oft Hyperidrosis am Fuß, seltener Anidrosis; oft Zyanose, seltener Hitze und Brennen der Haut. Die vasomotorischen Störungen können sich verallgemeinern zu Kongestionen, verbreiteter Hautrötung, allgemeiner Hyperidrosis. Auch die Psyche kann dabei erkranken. An der verletzten Extremität kommt es (reflektorisch ausgelöst?) zu einem gesteigerten, oft geradezu üppigen Haarwuchs; dabei bleibt das Nägelwachstum häufig zurück. Auch abnorme Hautfärbung kommt vor.

Bei den Verletzungen anderer Nerven kommen dieselben bezw. die entsprechenden Symptome vor.

Bei der Restitution peripherer Lähmungen sind zuweilen einzelne Muskeln benachteiligt: bei Radialislähmung der ext. digit. commemis und die langen Daumenmuskeln; beim Medianus der tiefe Flexor für den Zeigefinger oder beide Flexoren, bei Plexusverletzungen der Trizeps. Bei Schußverletzungen des Plexus betrifft die definitive Sensibilitätsstörung zuweilen ganz andere Nervengebiete als die motorische und trophische. — Ausnahmsweise erstreckt sich, bei distal verletzten Nerven, die Lähmung auch auf den proximalen Abschnitt, ohne daß aszendierende Neuritis vorliegt; vielleicht ist Ursache die direkte Dehnung, Zerrung und Erschütterung des Nerven; es kann aber auch Hysterie oder die sogen. Reflexlähmung mit im Spiel sein. — Zur Lähmung gesellte sich mehrfach Myositis mit derber Infiltration.

3. Neurosen. Die Krankengeschichten von 9 Fällen werden mitgeteilt.

Die Hysterie spielt hier eine nicht unwesentliche Rolle, besonders die hysterischen Lähmungen; aber selten ist es die reine Hysterie. Denn die Lähmungen heilen schnell, oft binnen weniger Tage, aber es bleiben Symptome der neurasthenischen Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit sowie Komponenten anderer Neurosen zurück und schließlich zuweilen noch Symptome die zur Annahme feinerer organischer Veränderungen zwingen, letzteres besonders nach Geschoßexplosion. Es handelt sich hierbei nicht um Vortäuschung oder Aggravierung von Beschwerden — es kann ausnahmsweise vorkommen —, sondern „um durchaus reelle Krankheitszustände, bei denen wohl einzelne Symptome und Symptomenkomplexe auf psychogenem Wege entstanden sind, aber nicht Kunstprodukte und auch nicht Ergebnisse von Begehrungsvorstellungen bilden". Es ist notwendig, sich von dem Mißtrauen zu befreien, das mit dem Nachweis hysteriformer Symptome immer verknüpft ist.

Als neurasthenische Komponenten des Leidens führt Oppenheim an: Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume, Wachträumen, Reizbarkeit, Unfähigkeit zur geistigen Arbeit, selbst zu einfacher Lektüre, Geräuschempfindlichkeit, Anfälle von Bewußtlosigkeit, die der epileptischen oft sehr nahe steht, Kongestionen, Hyperidrosis, Tachykardie; endlich Neigung zu Nasenbluten und zu Temparatursteigerungen, letztere bald ohne Ursache, bald ohne ausreichende Ursache wie nach unbedeutenden körperlichen Anstrengungen, ein Symptom, das Oppenheim zu den Zeichen der Erschütterung des vasomotorischen Nervensystems rechnet; ferner Steigerung der Sehnenphänomene, Neigung zum Tik, zu Crampi, verschiedenen Tremorformen — alles Symptome, die nicht ideogen sind, sondern sich unabhängig von der Bewußtseinssphäre abspielten.

Oppenheim findet bei seinen jetzigen Beobachtungen über Kriegsneurosen alles das bestätigt, was er vor 25 Jahren bei seiner Aufstellung der traumatischen Neurose gelehrt hat. Es gibt „Folgen der physischen und psychischen Erschütterung, die den Charakter der Neurosen und Psychosen haben." Bresler.

Anstaltsnachrichten.

— **Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde.** Im Felde: Direktor Sanitätsrat Dr. Dluhosch, Anstaltsarzt Dr. Domansky. Freiwillig gestellt: Oberarzt Dr. Knust, Anstaltsärzte Dr. Mack, Dr. Grunwald, Dr. Bosse. — Zurückgeblieben: Oberarzt Dr. Fickler, Anstaltsärzte Dr. Reimann, Dr. Egner, Dr. Ohl. — Pflegepersonal: Von 2 Oberpflegern und 80 Pflegern, die am 1. Aug. 1914 hier in Stellung waren, sind 1 Oberpfleger und 58 Pfleger zum Heere eingezogen worden. — Krankenbestand am 1. Januar 1915: 1103 (530 Frauen, 573 Männer). — Von der Einrichtung eines Lazarettes mußte Abstand genommen werden, da der freie Raum für allenfalls zu leerende andere Anstalten der Provinz Posen zur Verfügung bleiben mußte.

Personalnachrichten.

— **Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.** Dem Direktor der hiesigen Anstalt, Herrn Obermedizinalrat Dr. Ilberg, der als Stabsarzt d. R. im Felde steht, ist das erserne Kreuz II. Klasse verliehen worden.

— **Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt Kosten.** Dem kommissarischen Anstaltsarzt, Stabsarzt der Landwehr Dr. Heilig ist das Eiserne Kreuz II. Klasse verliehen worden.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt** in Holstein. Oberarzt Dr. Walther ist vom 4. März 1915 ab zur Begleitung eines Lazarettzuges von Lübeck nach dem östlichen Kriegsschauplatz.

— Der bisherige Privatdozent und Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Königsberg, Prof. Dr. Kurt Goldstein, welcher sich, wie bereits mitgeteilt, an der Universität Frankfurt a. M. habilitierte, ist 1878 in Kattowitz geboren, studierte in Breslau und Heidelberg Medizin, bestand 1903 das Staats- und Doktorexamen, war Assistent bei Wernicke (Breslau), Hoche (Freiburg), Edinger (Frankfurt) und Meyer (Königsberg) und habilitierte sich im Sommer 1907 in Königsberg für Psychiatrie und Nervenkrankheiten; im Jahre 1912 erhielt er das Prädikat Professor.

Buchbesprechungen.

— **Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme nach den gesetzlichen Vorschriften, Ministerial-Erlassen, behördlichen Verordnungen und der Rechtsprechung.** Ein Handbuch für Ärzte und Verwaltungsbeamte von Dr. C. Moeli, Professor a. d. Universität Berlin, Geh. Obermedizinalrat. 212 Seiten. Halle a. S. 1915, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 7,50 M.

Dieses Handbuch des Verfassers, der nicht nur als langjähriger Direktor einer der größten Irrenanstalten Deutschlands die Materie gründlich kennt und völlig beherrscht, sondern während etwa 20 jähriger Tätigkeit im preußischen Ministerium an der Entwicklung des Irrenwesens selber wesentlich und richtunggebend gearbeitet hat, so daß die auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte zum größten Teile ihm zu verdanken sind, — dieses Handbuch besonders zu empfehlen, ist nicht nur unnötig, sondern könnte dem Referenten den Vorwurf der Anmaßung eintragen.

Eine Inhaltsübersicht dürfte zur Orientierung willkommen sein. Im nachfolgenden wird sie so wie sie im Handbuch selbst gegeben ist, abgedruckt. Bresler.

I. Hauptstück. Allgemeines. — Abschnitt. 1. Begriff der Geistesstörung. — Abschnitt 2. Statistik der Geisteskranken. — Abschnitt 3. Vorbeugende Maßregeln: Entartung. Bekämpfung des Alkoholismus. Gewerbliche Schäden. — Abschnitt 4. Jugendfürsorge, a) im allgemeinen, b) für geistig abnorme Jugendliche. — Abschnitt 5. Fürsorgeerziehung. — Abschnitt 6. Unterstützungswohnsitz. — Abschnitt 7. Reichsversicherungs-Ordnung (RVO.).

II. Hauptstück. Rechtliche Stellung der Geisteskranken. — Abschnitt 1. Verwaltungsrechtliches. — Abschnitt 2. Bürgerliches Recht. a) Änderung der Geschäftsfähigkeit. b) Entmündigung. c) Verfahren bei Entmündigung. d) Vormundschaft. e) Pflegschaft. f) Anweisung der Justizbehörden über Entmündigung und Pflegschaft. g) Ehe. h) Haftung. i) Disziplinarrecht. — Abschnitt 3. Strafrechtliches. a) Zurechnungsfähigkeit. b) Aus der Strafprozeßordnung: § 202 u. f. α) Nichteröffnung des Hauptverfahrens. Vorläufige Einstellung des Verfahrens. β) Anstaltsbeobachtung zur Vorbereitung eines Gutachtens. c) Verbotene Handlungen an Geisteskranken. d) Psychosen in Untersuchungshaft. e) Strafvollzug. f) Nachträgliche Verwahrung als sichernde Maßregel. g) Arbeitshaus. — Abschnitt 4. Ärztliche Sachverständige.

III. Hauptstück. Anstaltswesen. — Abschnitt 1. Öffentliche Anstalten für Geisteskranke. a) Statistik und Allgemeines. b) Ärzte und Angestellte. c) Reglements der öffentlichen Anstalten. d) Pflegepersonal. e) Zu- und Abgang. f) Bauliches. g) Hygienisches. α) Übertragbare Krankheiten. β) Desinfektion. h) Betrieb: Bade- und technische Einrichtungen, Wäscherei, Verpflegung. i) Arzneiversorgung. k) Beschäftigung. — Abschnitt 2. Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische (insbesondere jugendliche), für Alkoholisten. — Abschnitt 3. Privatanstalten. a) Statistik. b) Konzession. c) Bestimmungen über Privatanstalten.

IV. Hauptstück. Fürsorge für Kranke außerhalb der Anstalten, namentlich bei und nach Entlassung aus Anstalten. — Abschnitt 1. Entlassung. — Abschnitt 2. Familienpflege unter Aufsicht einer Anstalt. — Abschnitt 3. Beiratstellen. — Abschnitt 4. Hilfsvereine für Geisteskranke. — Anhang.

— Werthauer: Wie leicht man sich strafbar machen kann. 199 S. Berlin 1912, Verlag Langenscheidt. 2 M.

Verf. hat sich mit Geschick der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die mannigfachen Möglichkeiten zu erörtern, wie man sich im täglichen Leben mehr oder weniger unbewußt mit dem Strafgesetzbuch in Widerspruch setzen kann. Züchtigungsrecht, unbefugtes Öffnen von Briefen, Zeugenaussage, Verdacht des Sittlichkeitsverbrechens (Verkehr mit Kindern) und vieles andere mehr wird dem Leser vorgeführt zugleich mit Ratschlägen zur Verhütung einer gesetzwidrigen Handlung. Mit Recht ist auch die Fragwürdigkeit kindlicher Zeugenaussagen gestreift.

Das Buch des bekannten Berliner Rechtsanwaltes wird gewiß in weiten Laienkreisen Beachtung finden.
Kürbitz-Sonnenstein.

— Bardeleben, Prof. Dr., Jena: Nervensystem und Sinnesorgane. 81 Seiten. Leipzig 1913, Verlag Teubner. 1,25 M.

Zu der bekannten Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" gehört dieses Bändchen und reiht sich seinen Vorgängern würdig an. Besonders instruktiv wird der Text durch zahlreiche gute Abbildungen, so daß die Lektüre für den Laien trotz mannigfacher Details durchaus verständlich wird. Kürbitz-Sonnenstein.

— Krukenberg, Dr. H.: Die Gesichtsausdrücke des Menschen. 264 S. Stuttgart 1913, Verlag Enke. 6 M.

An der Hand von 203 Textabbildungen schildert uns Verf. in eingehender Weise die mannigfachen Gesichtsausdrücke des Menschen, indem er mit einer Kritik über die bisherige betr. Literatur beginnt. Der Mimik der Tiere schließt sich dann die Entstehung des menschlichen Mienenspieles (Physiologie, Pathologie usw.) an, wobei Mund, Auge, Ohr usw. besondere Berücksichtigung finden.

Das Buch stellt eine sorgfältige, ausführliche Studie der menschlichen Mimik dar, das eine schnelle Orientierung über alle Fragen der physiognomischen Forschung ermöglicht. Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Wasserstoffsuperoxyd und seine Präparate in der Wundbehandlung.** Von Prof. Dr. Walther in Gießen, zurzeit Chefarzt des Reservelazaretts I Gießen. Feldärztl. Beilage zur Münch. med. Wochenschr. vom 3. November 1914.

Für die Irrigation breiter Wundflächen ist Phobrol-Roche (= Chlormetakresol) ein vortrefflich wirkendes Antiseptikum in der Stärke von 5 ccm in 1 Liter Wasser. Das offizinelle Hydrogenum per-



oxydatum ist an sich ungiftig, es reizt die Wunde nicht, stört die Granulationsbildung nicht; es kann zur Reinigung der Wunde sehr gut benutzt werden. Das unsinnige, schädliche „Auswaschen" der Wunde erübrigt sich durch die schäumende, also mechanische Wirkung. Durch Berührung der Wundfläche mit Wasserstoffsuperoxyd kommt eine Abspaltung von Sauerstoff im statu nascendi zur Einwirkung, die einen stimulierenden Einfluß auf das Gewebe ausübt. Das offizinelle Wasserstoffsuperoxyd ist noch in zehnfacher Verdünnung wirksam. Walther hat das Mittel schon früher in der Gynäkologie und Geburtshilfe sehr schätzen gelernt, bei Kolpitiden, jauchigem Abort usw. ist es unübertrefflich. (Walther, Wasserstoffsuperoxyd-Merck (Perhydrol) in der gynäkologischen Praxis. M. Kl. 1905 Nr. 3.) Steindler (Wien) (W. Kl. W. 1914 Nr. 30 u. 31) bezeichnet es geradezu als das souveräne Spülmittel für chirurgische Zwecke auf Grund seiner reichen Erfahrungen im serbisch-bulgarischen Kriege 1913. Es wirkt aber auch antiseptisch und desodorierend, und schließlich blutstillend. Das Ortizon (Firma Bayer & Co., Leverkusen) ist — ähnlich dem Perhydrit-Merck — eine Verbindung von Wasserstoffsuperoxyd mit Karbamid (Harnstoff), welch letzterer an sich bekanntlich antibakterielle Eigenschaften besitzt; es hat den Vorteil, daß es in fester Form, da leicht löslich in Wasser, zur Ex-tempore-Herstellung frischer Lösung dienen kann. Es werden auch Ortizonstifte gefertigt. Mit der wäßrigen Ortizonlösung [5 g granuliertes Ortizon in 3 Eßlöffel möglichst warmem (35 bis 40°) Wasser gelöst] hat W. die oben beschriebene Wirkung des offizinellen H_2O_2 noch in wesentlich erhöhtem Maße festgestellt. Es hat, wie übrigens die anderen bekannten hochprozentigen H_2O_2-Präparate (Perhydrol-Merck, Perhydrit-Merck, Pergenol-Byk, Peraquin-Henning), den großen Vorteil absoluter Reinheit und Säurefreiheit, dauernder Haltbarkeit und sehr bequemer Anwendung. „Geradezu glänzende Wirkung" entfalten die Ortizonstifte beim Tuschieren jauchiger Wunden; die Reinigung derselben ist „geradezu staunenerregend"; die Verheilung ist ausgezeichnet. Auch die Wirkung der Ortizon-Mundwasserkugeln ist eine „geradezu überraschende"; sie ist die gleiche wie die der Perhydrolmundwassertabletten.

Dasselbe wie mit Ortizon konnte Prof. Walther bezüglich des Perhydrits-Merck beobachten. Für die Trockenbehandlung der Wunde ist von ausgezeichneter Wirkung das Zink-Perhydrol-Merck, das übrigens auch anästhesierend und hämostatisch wirkt. Es ist absolut reizlos, ungiftig und haltbar. Bresler.

— Die Nr. 6 der Münch. med. Wochenschr. enthält eine Veröffentlichung von Wechselmann und Dreyfuß über Ehrlichs neuestes Salvarsanpräparat, **Salvarsannatrium.** Es ist leicht löslich und kann ohne chemische Vorbereitung injiziert werden; es wirkt wie Altsalvarsan.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

Vereinfachte und zuverlässige Methode der Blutkörperchenzählung. Von Dr. Walter Roerdansz in Charlottenburg. Deutsch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 46.

Bei der hier beschriebenen Methode der Blutkörperchenzählung, sagt R. am Schluß zusammenfassend, erfolgt zweifelsohne ein größeres Abmessen von Blut und Verdünnungsflüssigkeit; diese Flüssigkeiten können in demselben Gerät exakt gemischt und aufbewahrt werden und aus der so gemischten Blutflüssigkeit sedimentieren dank der eigenartigen Transportmethode von der Pipette auf das Zählnetz die Blutkörperchen schließlich in vollkommen gleichmäßiger Weise auf das Zählnetz. Man könne demnach diese neue Methode als eine wesentlich vereinfachte und zuverlässige Methode der Blutkörperchenzählung ansprechen. (Ausführliche Darlegungen im 152. Bande von Pflügers Archiv.)

Preis der Kammer 24 M, der Pipetten 15 bezw. 8 M. Die patentamtlich geschützten Instrumente liefert die Firma Carl Zeiß in Jena bezw. die Glaspräzisionstechnische Werkstätte von Albert Saß in Berlin N. 113.

Geschäftliches.

Im April 1914 erschien in der Kölnischen Zeitung ein äußerst interessanter Aufsatz „Erinnerungen eines bulgarischen Armeearztes", der unter anderen die entsetzliche Lage des bulgarischen Heeres während des Balkanfeldzuges, in die es durch den Ausbruch epidemischer Krankheiten versetzt war, schilderte. Dieser Aufsatz, der ja in weiten Kreisen bekannt geworden ist, enthielt sehr bemerkenswerte Mitteilungen über die Entstehung der Seuchen und deren Verhütung. Wörtlich heißt es in dem Aufsatz: „Als mittelbare Ursache des Ausbruches und der Verbreitung dieser Krankheiten konnte man immer mit Recht das Trinken und Benutzen von schlechtem schmutzigen Wasser, meist aus offenliegenden pfützenartigen Lachen ansprechen. Jedenfalls gehörte unmittelbare Übertragung von Kranken auf den Gesunden durch Berührung usw. zu den seltenen Einzelfällen." Das Trinkwasser also ist in erster Linie der Förderer jener Seuchen, die so furchtbare Opfer fordern und die Aktionsfähigkeit ganzer Heere in Frage stellen kann. — Es ist von größter Wichtigkeit, die im Felde stehenden Truppen jederzeit mit frischem, gesunden Trinkwasser zu versehen. Da diese Frage wohl allgemeines Interesse erweckt, sei es mir gestattet, hier näher darauf einzugehen.

In vielen Heeren ist die Aufmerksamkeit des Sanitätsdienstes fast ausschließlich der Fürsorge für Verwundete gewidmet. Für den Kampf mit den ansteckenden, rasch sich verbreitenden, epidemischen Krankheiten ist man dagegen vielfach recht unvorbereitet. Diese Unterlassungssünde ist wohl eine der verbreitetsten in der Kriegsgeschichte aller Völker und Zeiten. Es ist rätselhaft, wie in dieser Sache die eindringlichen Lehren, die bitteren Erfahrungen der Vergangenheit nicht imstande gewesen sind, Wandel zu schaffen. Es ist unumstößliche Tatsache, daß in nahezu allen Kriegen der Verlust durch Krankheiten viel größer ist, als der durch feindliche Waffen. — Napoleon I. hat 1812 von seinen aus Kerntruppen bestehendem Heere von rund 530 000 Mann nur noch 95 000 Mann bis Moskau gebracht, trotzdem bis dahin, außer bei Borodino, keine

große Schlacht geschlagen war. Im Krimkriege 1854 bis 1856 gingen von dem 300 000 Mann starken französischen Heere dem Lazarett 50 000 Verwundete und 150 000 Kranke zu. An ihren Wunden starben rund 20 000 Mann, an Skorbut, Cholera, Thyphus usw. 65 000 Mann. In demselben Krieg verloren die Engländer, deren Heer etwa 80 000 Mann stark war, 18 000 Mann, von denen nur 1700 Mann ihren Wunden erlagen und über 16 000 der Cholera, Ruhr, Typhus usw. zum Opfer fielen. Im russisch-türkischen Kriege war die Zahl der an Krankheit Verstorbenen beinahe ebenso groß, wie die Zahl der Verwundeten und das Verhältnis der durch die Waffen Gefallenen zu den an Krankheiten Verstorbenen war etwa wie 1 : 10. Es ist bekannt, daß 1866 die Cholera im preußischen Heere furchtbare Opfer forderte und dessen Aktionsfähigkeit teilweise lahmlegte. Das bulgarische Heer verlor im Balkanfeldzuge bei einem Mannschaftsbestande von 500 000 Mann über 50 000 Mann, die an Wunden und Krankheiten starben, und zwar werden die Verluste durch Waffen auf höchstens 20 000, die durch Krankheiten auf wenigstens 30 000 Mann geschätzt. Durch vernünftige sanitäre Maßregeln kann viel geholfen werden. Das beweist der Umstand, daß im deutsch-französischen Kriege zum ersten Male die Verlustziffern umgekehrt waren, und zwar verstarben an Krankheiten ca. 15 000 Mann, an Verwundungen dagegen ca. 26 500 Mann. In dem italienischen Feldzuge in Tripolis und in der Cyremika wurden durch den Ausbruch der Cholera und des Thyphus die militärischen Operationen unterbunden. Erst nachdem Berkefeld-Wasser-Filter in großer Zahl angeschafft worden waren, konnten die Seuchen erfolgreich bekämpft werden. Da die italienische Sanität streng darauf hielt, den Truppen nur keimfrei filtriertes Wasser zu verabreichen, sind Seuchen in größerem Umfange nicht wieder aufgetreten. Es sei hier bemerkt, daß die italienische Heeresverwaltung die mit Filterapparaten ausgerüsteten Mannschaften in sorgfältigster Weise mit den Apparaten vertraut macht. Es ist das ja eigentlich selbstverständlich; von anderen Heeresverwaltungen ist aber wiederholt der Fehler begangen, daß den Soldaten die Filterapparate in die Hand gedrückt worden sind, ohne daß diese wußten, wie sie sie behandeln mußten. Einzig und allein hierauf ist es zurückzuführen, daß die früheren Versuche mit Filterapparaten nicht immer befriedigten.

Nichts ist geeigneter, die Zuversicht und den Mut des Soldaten zu erschüttern, als die Überzeugung, daß das Sanitätswesen im Felde versagt. Der Soldat muß wohl manchmal hungern und dursten. Das aber drückt ihn nicht so nachhaltig nieder. Das nächste Gesättigtsein söhnt ihn mit den erlittenen Entbehrungen wieder aus und mit frischem Mut tritt er wieder an. Er weiß, daß Brot nicht immer vorhanden sein kann, daß Wasser in größeren Mengen nicht mitgeführt werden kann. Allein Sachen, die notwendig sind, um Verwundete und Kranke zu versorgen, können unbeschränkt vorbereitet werden und zur Hand sein, wenn man nur rechtzeitig dafür sorgt. Nach dem ergebnislosen Novemberangriff auf die Befestigungen von Tschataldscha, der den Bulgaren über 10 000 Mann kostete, war kein Wort der Mißbilligung über das so gewagte Unternehmen bei den Mannschaften zu hören. Im Gegenteil, der Mut war ungebrochen und man hoffte sehnlichst auf Verstärkung, um den Angriff erneuern zu können. Als aber die schon vorher ausgebrochene Cholera-Epidemie rasch um sich griff und die sanitären Einrichtungen nicht mehr zur Aufnahme und Versorgung der zusammengebrochenen Kranken ausreichten, schlug die zuversichtliche Stimmung rasch um. In dem Versagen des Sanitätsdienstes erblickten die Soldaten, wenn nicht Sorglosigkeit, so doch Machtlosigkeit, das beschränkte Können der Heeresleitung. Eine allgemeine Mutlosigkeit griff Platz. Die Stimmung wird gekennzeichnet durch den Ausspruch eines Soldaten: „Den Frieden wird nicht der Danew, sondern die Cholera schließen."

Das Wasser ist der beste Freund, aber auch der größte Feind unserer Gesundheit. Auf welche Verhältnisse könnte dieses von einem namhaften Oberstabsarzt geprägte Wort besser passen, als auf die des Feldzuges. So belebend und erfrischend für die Truppen ein gesundes, frisches Wasser ist, so gefährlich ist der Genuß durch Krankheitsbakterien infizierten Wassers. Ganze Truppenverbände können hierdurch außer Aktion gesetzt werden. Es muß daher die ständige Sorge der Leitung sein, stets für frisches und gesundes Wasser zu sorgen. Es ist dem Wasser indessen nicht anzusehen, ob es infiziert ist oder nicht. Bakteriologische Untersuchungen sind zeitraubend und können im Felde nur schwer vorgenommen werden. Es muß daher das Wasser unbedingt einer Behandlung unterzogen werden, wodurch etwa vorhandene schädliche Bakterien abgetötet oder aus dem Wasser entfernt werden. Dieses läßt sich auf verschiedene Weise erreichen. Die bekannteste Methode ist das Abkochen. Wenn das Wasser genügend gekocht wird, so ist dieses Verfahren durchaus zuverlässig, indessen ist es sehr zeitraubend, denn das Wasser muß abkühlen bis es genußfähig ist, der Geschmack des Wassers ist fade, der ständige Genuß abgekochten Wassers beeinflußt in ungünstiger Weise die Verdauungsorgane und die Schmutzteile verbleiben im Wasser. Diese Methode kann also nicht überall und nicht ständig angewandt werden — Ein zweites Verfahren, Trinkwasserbakterien abzutöten ist die Beimengung von einer kleinen Dosis Chlorkalk oder anderer Chemikalien. Auch hierbei besteht der Übelstand, daß die Schmutzteile im Wasser verbleiben und daß das Verfahren zeitraubend ist, denn die Chemikalien müssen mindestens 15 Minuten auf das Wasser einwirken. Es ist somit zu befürchten, daß die Mannschaften die Zeit nicht abwarten, bis die Entkeimung sich vollzogen hat. Ungleich einfacher und absolut zuverlässig ist die mechanische Reinigung des Trinkwassers vermittelst Berkefeld-Filter. Das verdächtige Wasser wird durch einen feinporigen Kieselguhrkörper hindurchgepreßt, dessen Kanälchen so fein sind, daß zwar das Wasser hindurchdringen kann; alle mechanischen Verunreinigungen, selbst die allerkleinsten Bakterien werden indessen an der Oberfläche des Filterkörpers festgehalten. Ein derartig filtriertes Wasser ist kristallklar, unverändert im Geschmack und an Temperatur und gesundheitlich völlig unbedenklich. Diese Art der Wasserreinigung verdient vor allen anderen bekannten Methoden den Vorzug, zumal die dazu erforderlichen Apparate einfach und leicht transportabel sind.

Im Frühjahr nimmt die Seuchengefahr zu. Es liegt aber keinerlei Ursache zu Befürchtungen vor, denn es sind uns zuverlässige Mittel in die Hand gegeben, dem Ausbruch von Infektionskrankheiten vorzubeugen. Auch in diesem Punkte sind wir dem feindlichen Auslande überlegen.

Für den Textteil verantwortlich i. V.: **Walther Jäh,** Halle a. S. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil und Geschäftliches verantwortlich: **G. Dahmann, Halle a. S.** — Schluß der Anzeigenannahme 3 Tage vor der **Ausgabe.**
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 51/52. 27. März. **1914/15.**

Für **Lazarettbedarf** sind die in **Krankenhäusern** längst mit Vorliebe verwendeten

Geschirre aus Holzstoff, Kübel, Eimer, Schüsseln, Teller, Trinkbecher, Servierbretter, Speischalen, Nachttöpfe usw.

weil unzerbrechlich, reinlich, geräuschlos das vorteilhafteste

Direkter Fabrikversand durch

R. Widmer Nachfolger Otto Wohlfarth, Stuttgart

Preislisten umsonst und portofroi.



Für Lazarette

eignen sich ganz besonders infolge ihrer geringen Anlagekosten, schnellen Installation, sofortigen Betriebsbereitschaft und der hygienischen und zuverlässigen Arbeitsweise

Prof. Junkers

Gas-Apparate zur Warmwasser-Versorgung und Raumheizung

Seit vielen Jahren von städtischen u. staatlichen Behörden bevorzugt, für Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien, Baracken, Kasernen, Polizeiwachen, Unfallstationen, Schulen, Kirchen, Wohnräume usw., und überall mit bestem Erfolge eingeführt. Für Kriegszwecke besonders geeignet: Prof. Junkers Heißwasser- u. Sterilisier-Apparat für flüssige Brennstoffe und Prof. Junkers Verbrennungs-Ofen für gebrauchte Verbandstoffe.

Kostenanschl. u. Brosch. kostenlos von Junkers & Co. Dessau 18.

Kaffee-Zusatz ▫ Kaffee-Ersatz

„Getreuer  *Eckhard“*

haben sich in Lazaretten und Anstalten am besten bewährt

Muster und Preise gratis

Rheinische Kaffee-Essenz-Fabrik *Ober-Ingelheim am Rhein*

Intestifermin ◇ in Familien vieler Aerzte ständig im Gebrauch

Zur **Physiol. Körperreinigung** — biolog. Darmhygiene. Literatur u. Proben frei v. Hygiene-Laboratorium, G. m. b. H., Berlin-Wilmersdorf 28 I.

Stellengesuche

An der Provinzial-Heilanstalt **Schleswig** (Stadtfeld) ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt 2500 M mit freier Station. Es handelt sich um eine vorübergehende Besetzung während des Krieges. Bei Einziehung zum Militärdienst ist nicht auf Fortzahlung des Gehaltes zu rechnen. Meldung mit Zeugnissen und selbstgeschriebenen Lebenslauf an die **Direktion.**

Psychiater,

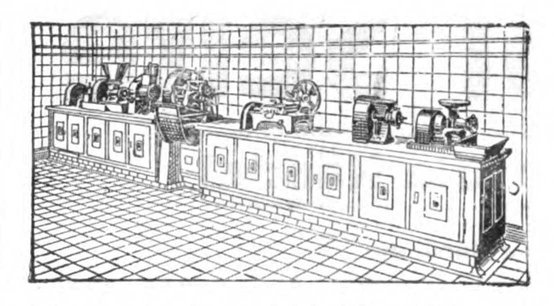
Mitte 40, verh., kleine Familie, gesellschaftl. und federgewandt, Verfasser zahlreicher wissenschaftl. Arbeiten, seit Jahrzehnten im Staatsdienst tätig, Titel,

sucht

leitende Stellung. Bedingung: Hohes Einkommen, Nähe größerer Stadt.

Anerbietungen **Hauptpost Freiburg i. B., M. W. F. P.**

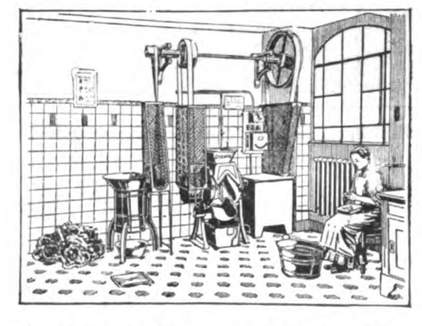
Alexanderwerk Küchen-Maschinen



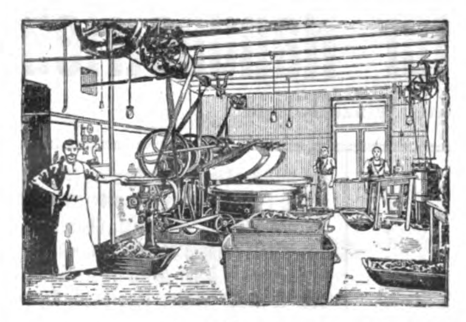
Wir haben eine große Anzahl Küchen staatlicher und städtischer Anstalten, Krankenhäuser usw. mit unseren Maschinen ausgestattet.

Feinste Zeugnisse zu Diensten.

Höchste Leistungsfähigkeit
Sicherer gefahrloser Betrieb
Saubere Ausführung
Tadellos ruhiger Gang
jeder einzelnen Maschine.



Wir passen unsere Maschinen-Anlagen stets den jeweiligen Bedürfnissen und Raumverhältnissen genau an.



Unsere Kartoffel-Waschmaschinen, Kartoffel-Schäl-, Reibe-, Quetsch- und Schneidemaschinen, Reibemaschinen, Fleischbearbeitungsmaschinen, Kaffee-, Gewürz- u. Schrotmühlen, Brotschneidemaschinen, Aufschnitt-Schneidemaschinen, Passiermaschinen, Schneeschlagmaschinen usw. haben sich vorzüglich bewährt.

Für kleinere Küchen sind unsere Haushalt-Maschinen und -Geräte sehr zu empfehlen.

Preisliste, Zeichnungen usw. auf Wunsch.

Alexanderwerk A. von der Nahmer

Remscheid **Akt.-Ges.** **Berlin S. 14**



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT PÜTZCHEN

FÜR NERVEN- UND GEMÜTS - KRANKE

:: GEGENÜBER :: BONN A. RHEIN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN NR. 229

Anzugstoffe,

Paletot-, Hosen- und Lodenstoffe, Damentuche, Pelerinen.

Konkurrenzlos billig.
Muster frei gegen frei. 5 Proz. Rabatt.

Cottbuser Tuch-Export

G. Förster Nachf., Cottbus 57.

Lieferant des Deutschen Bankbeamten-Vereins.

Heizbare Speisentransportwagen

für Außen- und Innenbetrieb, allen Verhältnissen angepaßt,

liefern

Brückmann & Co.

Düsseldorf 49

Telephon 5015 Gegründet 1895

Auf ersten Ausstellungen :: mehrfach prämiiert ::

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Die Irrenpflege

Monatsschrift f. Irrenpflege und Krankenpflege,

zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Wickel,

Dziekanka (Posen).

Bezugspreis pro Halbjahr M 3,–

—— Probenummern kostenlos. ——

LINDENHOF bei Dresden

Dr. Piersons Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke.

Bahnstation Coswig, in 20 Minuten von Dresden zu erreichen.

Moderne, in anmutigem Villenstil gebaute, in einem 10 Hektar großen Park gelegene Anstalt für Gemüts- und Nervenkranke beiderlei Geschlechts

Komfort der höher. Stände, Warmwasserheizung, elektrische Beleuchtung. Für Patienten mit außergewöhnlichen Ansprüchen abgeschlossene Wohnungen von 3 Zimmern, Garderobe, Veranda etc.

Näheres durch illustrierten Prospekt. —— Drei Assistenzärzte.

Dirig. Arzt: **Dr. Fr. Lehmann.**

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht.
Prospekte durch den leit. Arzt Dr. **Facklam,** Nervenarzt.

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288.

Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Zwei Verpflegsklassen. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**



Nervenkranke Entziehungskuren etc.

Godesberg a. Rhein *Dr. Bernard.*

Dr. Landerer'sche Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke

Christophsbad Göppingen

Anmutige Lage, inmitten alter Gärten. **Altberühmter Sauerbrunnen.**
4 Ärzte. Mäßige Preise. Illustrierte Prospekte durch die Direktion.

Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Lewaldsche Heilanstalt

Obernigk bei Breslau

1. Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke.
2. Kurpension für Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren.

Näheres durch illustrierten Prospekt.

Gegründet 1870. * Telephon Nr. 1.
Dr. Loewenstein, Nervenarzt.

KENNENBURG b. Eßlingen in Württemberg

HEILANSTALT für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts

Prospekte. **Telefon: Eßlingen 197.**
Besitzer und leitender Arzt Dr. REINHOLD KRAUSS. :-: 3 Ärzte.

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Sanitätsrat Dr. von der Helm und 1 Assistenzarzt, — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Sanitätsrat **Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.**

Dietenmühle Wiesbaden

Sanatorium für Nerven- und Innere Kranke

Ärztliche Leitung: **Dr. Friedrich Mörchen**

Erhöhte Lage im Kurpark ═══ 10 Minuten vom Kurhaus
Das ganze Jahr besucht.

Sanatorium Friedrichshöhe

Obernigk bei Breslau, Telephon 26
Für Nervenkranke, Innerlichkranke :: und Erholungsbedürftige ::

Abteilung I	Abteilung II
(Haupthaus): Pauschalpreis (Zimmer, Pension, Kur, Arzt) von M 10—20 pro Tag	(Erholungsheim): Pauschalpreis (Zimmer, Pension, Kur, Arzt) von M 6—8 pro Tag.

Prospekte bereitwilligst
Leitende Ärzte:
Dr. F. Koebisch Nervenarzt, Besitzer
Dr. Dierling Spezialarzt für Innerlichkranke.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Leitfaden für Irrenpfleger

von

Dr. Ludwig Scholz,

Direktor a. D. der Prov.-Irren- und Idiotenanstalt Kosten i. Posen.

Vom Deutschen Verein für Psychiatrie gekrönte Preisschrift.

Preis M. 1,50.

Bei Bezug von 25 Exemplaren an M 1,—.

Leitfaden für Schwachsinnigen- und Blödenpflege

von

Anstaltsleiter Dr. med. **Meltzer,**
Großhennersdorf.

In Leinen gebunden **Preis M 1,40.**

Bei Bezug von 25 Exemplaren und mehr auf einmal **M 1,—** pro Exemplar.

Dieses, dem Andenken des großen Freundes der Kranken und Beladenen F. v. Bodelschwingh, gewidmete Buch enthält auf 104 Seiten in leichtverständlicher Weise wichtige Anweisungen für die Pflege und Behandlung der Schwachsinnigen und Blöden. Es wird daher allen Anstalten für Schwachsinige, Idioten und Epileptiker ein zuverlässiger, längst entbehrter Ratgeber sein und sich als Leitfaden für den Unterricht des Pflegepersonals in genannten Anstalten als unentbehrlich erweisen.





Digitized by Google

Sanatorium Kreischa b. Dresden,

Offene Kuranstalt für Nerven- und innere Krankheiten.

(Geisteskranke und Tuberkulöse ausgeschlossen.)

Die Anstalt ist mit allen modernen Einrichtungen versehen, und das ganze Jahr über geöffnet und gut besucht.

Vorzügliche Küche mit allen Diätformen

Mäßige Preise!

Kriegsteilnehmer genießen Vergünstigung!

Prospekte durch den Leiter und Besitzer der Anstalt

Sanitätsrat Dr. Krapf.

Schneider & Gottfried

Gegründet 1881 **Cassel** Gegründet 1881

Grossohaus für mediz. Drogen-Chemikalien und -Spezialitäten ▫ Fabrik chem. pharmac. Fabrikate

Drogen-Appraturanstalt mit elektrischem Betrieb

Lieferung zu allergünstigsten Engrospreisen

SPEZIALITÄT:

Prima vollwertiger Fichtennadel-Extrakt
Garantiert reiner Malzextrakt, flüssig und trocken
Lebertran-Emusion
Pasta Zinci
Garantiert reines San-Remo-Oliven-Öl und
Jaffa-Speiseöl

Muster gern zu Diensten



Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der

Dermatologie, der Syphilidologie und der Krankheiten des Urogenitalapparates

mit besonderer Berücksichtigung der allgemeinen ärztlichen Praxis.

Herausgegeben von

Professor Dr. **J. Jadassohn** in Bern.

Der Bezugspreis für 1 Band von 8 Heften beträgt M. 8,—; die Hefte sind auch einzeln käuflich zu ihrem Umfange entsprechenden Preisen. Die Summe der Einzelpreise ist wesentlich höher als der Abonnementspreis.

Verzeichnis der bisher erschienenen Hefte steht kostenfrei zur Verfügung.

Vom dritten Band erschienen bisher:

Heft 1. **Pinkus,** Dr. med. **Felix,** Privatdozent, Berlin. Der **Ausfall des Kopfhaars** und seine Behandlung. Einzelpreis M. 1,60.

Heft 2. Adrian, Prof. Dr. C., Straßburg i. E.: Die praktische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Einzelpreis M. 1,20.

Heft 3—5. **Benario,** Dr. med. J., Frankfurt a. M.: Die **Reinfektionen bei Syphilis.** Nach den Erfahrungen der letzten Jahre. Einzelpreis M. 3,60.

Heft 6. **Müller,** Dr. Max, Metz. Die persönliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Einzelpreis M. 1,80.

Grundzüge für die Ernährung von Zuckerkranken

nebst praktischen Anweisungen für die : Diabetes-Küche :

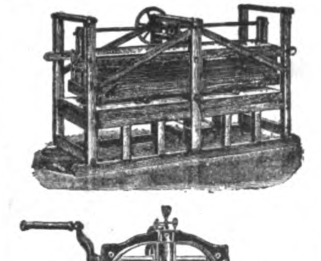
(nach weiland **Dr. Gilberts** „Diabetesküche")

von

Professor Dr. **A. Albu,** Berlin.

Preis in Ganzleinen gebunden **M. 4,—**





Wäschemangeln

in bestbewährter, moderner Konstruktion. — Tausende in fast alle Länder der Erde geliefert.

:: Höchste Auszeichnungen. ::

Wäsche-Zentrifugen

zum Entwässern der Wäsche, Kleider etc. — In Tausenden von Anstalten aller Art im Gebrauch.

Ernst Herrschuh

Maschinenfabrik Chemnitz 200.

Wäschemangeln

(Kaltmangeln) aller Art, kleine und große, für Hand- u. Kraftbetrieb

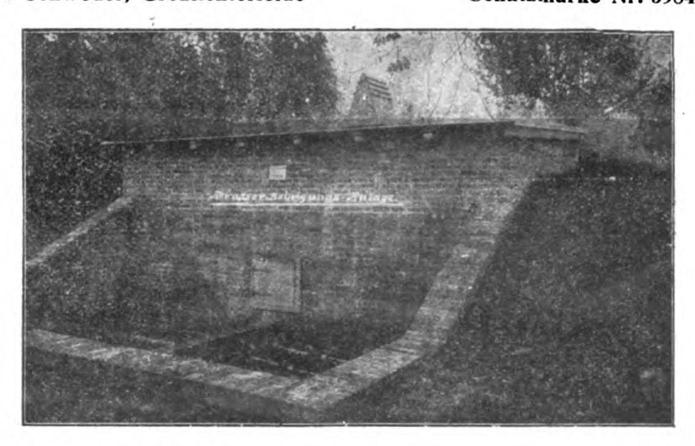
Seilers Maschinenfabrik, Liegnitz 268

Bedeutendste Wäschemangelfabrik.

Abwasser-Kläranlagen und Abwasser-Reinigungs-Anlagen

nach den biologischen Faulkammer-Verfahren

V. Schweder, Großlichterfelde **Schutzmarke Nr. 39847**

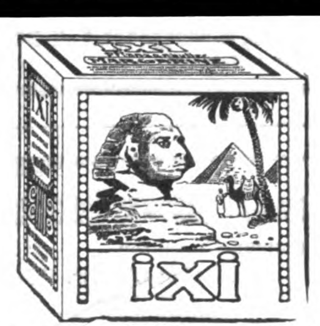


Enteisenungs-Anlagen
Entsäuerungs-Anlagen
Kanalisationen

Anerkennungsdiplom der Internat. Fischerei-Ausstellung, Wien 1902
Silberne Medaille der deutschen Städte-Ausstellung 1903 zu Dresden
Silberne Medaille der Fischerei-Ausstellung 1903 zu Berlin
Anerkennungsdiplom der Hygiene-Ausstellung 1907 zu Berlin
Silberne Medaille der Internat. Hygiene-Ausstellung Dresden 1911
Silberne Medaille der Internat. Baufach-Ausstellung, Leipzig 1913

SCHWEDER & CIE., Berlin-Lichterfelde, Ringstraße 106

Fernsprech-Amt Berlin-Lichterfelde Nr. 12


ixi

Bei erhöhter Anforderung an Körper und Geist, gegen Nervosität, Appetitlosigkeit und vorzeitige Erschöpfung sowie zu rascher Wiederherstellung nach Kriegsstrapazen bestens bewährt:

Syrupus Colae comp. „Hell“

Nur mit dem Originalpräparat, das eine vollständig klare syrupdicke Flüssigkeit darstellt, läßt sich der gewünschte Erfolg erzielen. Wir bitten die P. T. Herren Ärzte, **stets ausdrücklich Syrupus Colae comp. „Hell“ zu verordnen,** auf den allein sich die zahlreichen klinischen Berichte beziehen.

Für **Diabetiker** werden an Stelle des Syrups **Pilulae Colae comp. Hell** frei von allen Kohlehydraten erzeugt. ::

Verkauf in den **Apotheken nur auf ärztliche Verordnung.** Preise: 1 gr. Fl. **M. 4,40**, 1 kl. Fl. **M. 2,80**, 1 Fl. Pillen (50 St.) **M. 2,80.**

Literatur und Proben bei Bezugnahme auf diese Anzeige für die Herren Ärzte kostenlos.

G. Hell & Comp., Troppau (Oesterr.-Schlesien) und **Deutsch-Krawern,** preuß. Schlesien.

Maschinenfabrik

A. Michaelis

München = Sendling 17

Hofmann = Straße 52

baut

Wäscherei = Maschinen

und vollständige Anlagen

in allen Größen und bewährter Ausführung. Lieferung erfolgt **ohne Preisaufschlag** und in kürzester Zeit.

Katalog und Kostenanschlag unverbindlich.

Einige Referenzen:

Seuchen-Lazarett	Ulm a. D.
Garnison-Lazarett	Ulm a. D.
Privat-Lazarett Herzog Carl Theodor	München
Garnison-Lazarett	Innsbruck
Städtisches Krankenhaus	Altötting



Unzerbrechliche Drahtlampe

Bis 130 Volt 10—50 Kerzen **0,70 M,** 140—250 Volt 10—50 Kerzen **1,00 M** exkl. Steuer, bei 15 Stück franko inkl. Verpackung. ▪▪ **Halbwattlampen** bis *130 Volt 100* K. 2,65 M, bis 200 Volt 200 K. 4,50 M, 300 K. 7,90 M, 400 K. 9,00 M exkl. Steuer.

Elektr. Vertrieb „Firm“
Berlin SO 33- Treptow, Moosdorfstr. 40.

Goosmanns

Marine-Scheuertuch

und

Goosmanns Seife

sollten in keinem Betriebe fehlen.

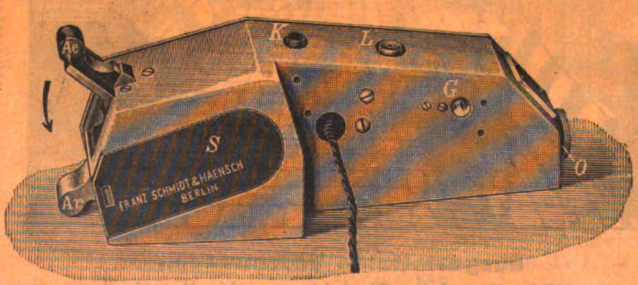
Lieferant:

S. Goosmann, Bremen
Langenstraße 115.

Prospekte gratis.

Franz Schmidt & Haensch, Berlin S. 42

Prinzessinnenstr. 16



Werkstätten für Präzisions- mechanik und Optik

Neuer reflexloser Handaugenspiegel nach Thorner

zur Untersuchung des Augenhintergrundes für Ungeübte (bei enger Pupille)

Physiologische Apparate nach Nagel ▪ Polarisations-, Spektralapparate
Photometer ▪ Spektralphotometer ▪ Kolorimeter ▪ Farbenmischapparate
Projektionsapparate sowie andere wissenschaftliche Instrumente

Preislisten und Beschreibungen kostenlos.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07999 7790



